

Home care – odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta

Zuzana Svobodová

**Bakalářská práce
2010**



**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana SVOBODOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Home care - odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část vymezuje problematiku domácí ošetrovatelské péče a pečovatelské služby. Dále se zabývá agenturami domácí péče a jejich fungováním v České republice. Cílem praktické části je prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti o domácí péči a na základě analýzy navrhnout opatření pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. Komunitní ošetřovatelství. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 1996. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.

MISCONIOVÁ, B. Komplexní domácí péče -- od A do Z. Praha: Asociace domácí péče ČR, 1998.

MISCONIOVÁ, B. Nejčastější otázky spojené s poskytováním domácí péče. Praha: Národní centrum domácí péče, 1999. 15 s.

POCHYLÁ, K. Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 31 s. ISBN 80-7013-420-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

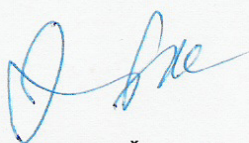
Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2010

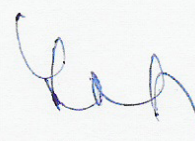
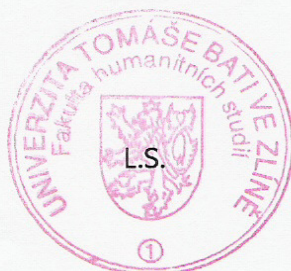
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.5.2010

Grubodová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je Home care - odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta. Práce se zabývá historií domácí péče na našem území. Vymezuje problematiku domácí ošetrovatelské péče, pečovatelské služby a seznamuje s fungováním agentur domácí péče na území České republiky.

Praktická část zjišťuje, zda je laická veřejnost informována o této službě a navrhuje opatření, které by přispělo ke zvýšení informovanosti občanů.

Klíčová slova:

domácí péče, agentura domácí péče, zdravotní péče, sociální služby, nemoc, rodina, klient.

ABSTRACT

Topic of the bachelor thesis is Home care – professional health care at client's home background. The thesis deals with history of home care in this area. It encloses the problems of home nursing care, day care and it familiarizes with function of the home care agencies in the Czech republic.

The practical part is finding if the laic public is informed about this service and it proposes the measures which would contribute to the increasing of awareness of people.

Keywords:

home care, home care agency, health care, social services, illness, family, klient.

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D., za odborné vedení, připomínky, trpělivost a čas, který mi po dobu vypracovávání této práce věnovala.

Děkuji všem respondentům za čas, který strávili nad vyplňováním dotazníků.

Děkuji také mé rodině a přátelům, za podporu během mého studia na UTB ve Zlíně.

Ve Zlíně dne:.....

Podpis:.....

*„Tajemství úspěchu v životě není dělat, co se nám líbí, ale nalézt zalíbení v tom,
co děláme.“*

Thomas Alva Edison

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE NA NAŠEM ÚZEMÍ	13
1.1 NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	14
1.2 ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	14
1.3 TERMINOLOGIE SPOJENÁ S DOMÁCÍ PÉČÍ.....	15
1.3.1 Primární péče.....	16
1.3.2 Komunitní péče	16
1.3.3 Definice domácí péče	17
1.3.4 Komplexní domácí péče.....	18
1.3.4.1 Definice komplexní domácí péče.....	19
1.3.4.2 Laická, sociální a zdravotní péče	19
2 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	22
2.1 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE	22
2.2 FORMY DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	23
2.3 VÝHODY DOMÁCÍ PÉČE	24
2.4 KLIENTI DOMÁCÍ PÉČE	25
2.4.1 Kontraindikace domácí péče	25
2.4.2 Indikace domácí péče	25
2.4.3 Podmínky pro poskytování domácí péče.....	25
2.4.4 Poskytovatelé domácí péče	26
2.5 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	26
2.6 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ROZVOJ DOMÁCÍ PÉČE	27
2.7 ZALOŽENÍ A CHOD AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE.....	28
2.7.1 Vybavení materiální a technické	28
2.7.2 Právní předpisy vymezující poskytování domácí péče v České republice	29
2.7.3 Základní ošetřovatelská dokumentace v domácí péči	30
2.7.4 Vykazování zdravotní péče pojišťovněm.....	31
2.8 KVALITA DOMÁCÍ PÉČE	32
2.9 RODINA A JEJÍ VÝZNAM V RÁMCI DOMÁCÍ PÉČE.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
3 METODIKA PRÁCE	36
3.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	36
3.2 METODY PRÁCE.....	36
3.2.1 Dotazník	36
3.2.2 Charakteristika položek.....	36

3.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	37
3.4	CÍLE PRÁCE	37
3.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	38
4	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	39
4.1	VÝSLEDKY VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	39
5	DISKUSE	78
5.1	ZHODNOCENÍ CÍLŮ	78
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	85
	SEZNAM GRAFŮ	86
	SEZNAM TABULEK	87
	SEZNAM PŘÍLOH	88

ÚVOD

Dnešní doba je bohužel k populaci velmi málo příznivá. Přibývá nemocí a lidé čím dál více podléhají stresu, nemají čas na sebe a tím pádem ani na své blízké a známé. Při zdravotních potížích svých blízkých, zejména při vážných, si lidé nemohou nebo ani nechtějí pomáhat. Chtějí si odpočinout po výkonu v zaměstnání, nebo nemají ani chuť se o někoho starat. Nepříznivá doba se však neodvíjí pouze od nemocí, ale i od stárnutí populace. Starší a bezmocní lidé dříve vyhledávali domovy pro seniory pro své klidné stáří a nemocní lidé byli nuceni k hospitalizaci v nemocnicích. Ovšem, už pár let se v naší zemi, jak je tomu i v zemích jiných, nabízí služba, která nahrazuje problémy dřívější a zároveň i dnešní uspěchané doby a tou je právě služba pod názvem home care. Tato služba se vztahuje nejen na nemocné, ale i na populaci staršího věku, která právě naopak má jediné přání a to být doma i za podmínek, kdy potřebuje pomoc druhých. Velkou výhodou této péče je individuální přístup ke každému klientovi zvlášť. O klienta je pečováno komplexně, pozornost se věnuje jeho bio – psycho – sociálním a duchovním potřebám. Tato práce je velmi náročná, sestra se nestará pouze o správnost provedení léčebných výkonů, ale také o klienta celkově, včetně jeho rodiny.

Toto téma mé bakalářské práce jsem si vybrala především proto, jelikož se domnívám, že tato práce má své kouzlo a osobně bych se nebránila seberealizaci v této oblasti.

Hlavním cílem této práce je zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti o domácí péči. Domnívám se, že informovanost mezi laickou populací je nedostačující a právě tato bakalářská práce by mi mohla tuto skutečnost potvrdit či vyvrátit.

Cílem teoretické části je:

- stručně seznámit s historií domácí péče v České republice.
- vymezit základní terminologii v oblasti domácí péče.
- popsat fungování agentur domácí péče v České republice.
- poukázat na nepostradatelnost rodiny při poskytování domácí péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE NA NAŠEM ÚZEMÍ

Zmínky o prvních formách domácí péče poskytované pomocí řeholních řádů se objevují počátkem 12. století. V tomto období následoval rozvoj ošetřovatelství v domácnostech. (Jarošová, 2006) Anežka Přemyslovna, zakladatelka českého ošetřovatelství, založila kláštery, špitály a mimo jiné řád Křižovníků s červenou hvězdou. (Lemon, 1996)

Ve 13. století měly členky církevních řádů zakázány služby ve špitálech. Vykonávaly tedy opatrovnictví v domech nemocných, pod dohledem místních farářů. V 15. století denně docházely k nemocným Diakonky, ale roku 1545 se musely stáhnout do klášterů. (Jarošová, 2006)

Za vlády Marie Terezie byla zlepšena péče o poddané v sociální sféře. V domácí péči se projevuje charitativní i odborná stránka. Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská v době Národního obrození podporují myšlenku sociální a odborné péče poskytované všem lidem. Díky nim vznikla roku 1874 první ošetřovatelská škola v Praze. (Misconiová, 1993)

Roku 1919 vznikl Československý červený kříž (ČSČK), který poskytoval pomoc v oblasti domácí zdravotní péče. Zabýval se hlavně dětmi, chudými nemocnými a starými lidmi. A díky tomu vzniklo sociální ošetřovatelství. Předsedkyně ČSČK Alice Masaryková pozvala do Československa americké zdravotníky a české ošetřovatelství se jimi nechalo inspirovat. Sestry byly vzdělávány v civilních ošetřovatelských školách, které absolvovaly jako diplomované sestry. Ošetřovatelky byly vzdělávány v řeholních ošetřovatelských školách. S návštěvním ošetřovatelstvím v rodinách se oficiálně začalo až v roce 1920. Ale pro nedostatek sester tato činnost do 5 let skončila. V době mezi válkami, na sjezdu diplomovaných sester, byly formulovány tři základní úkoly sociálně zdravotní péče: ošetřovatelský, sociální a lidovýchovný. (Jarošová, 2006)

Po druhé světové válce organizují ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách Ústavy národního zdraví. V roce 1950 převzal ošetřovatelskou a zdravotní péči v rodinách Československý červený kříž a roku 1952 přebral stát odpovědnost za poskytování domácí péče. Domácí péče byla začleněna do zdravotní péče, sestry začaly pracovat jako sestry geriatrické v rámci obvodních středisek. (Misconiová, 1993) Institut geriatrických sester byl později zrušen a nahrazen péčí typu Home care. (Haškovcová, 2002)

Po roce 1989 nastaly velké změny ve zdravotnictví. Roku 1990 vzniká první středisko ošetřovatelské péče při České katolické charitě. Rozvoj české domácí ošetřovatelské

péče nastal díky mezinárodnímu kongresu domácí péče ve Strasburgu. (Jarošová, 2006) V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči a vytvořilo dvouletý projekt, během kterého začalo pracovat v domácnostech klientů 40 agentur domácí péče. (Hanzlíková, 2007) V říjnu byla založena první agentura domácí péče v Pardubicích a koncem téhož roku působilo v České republice celkem 26 agentur domácí ošetrovatelské péče. Na jaře roku 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která sdružuje poskytovatele domácí péče. Roku 1994 byl aplikován model hospicové péče pro klienty v terminálním stádiu života. (Jarošová, 2007) Prezidentkou ADP ČR se stala B. Misconiová. V dalších letech docházelo k nárůstu agentur domácí péče, který trvá dodnes.

1.1 Národní centrum domácí péče v České republice

„NCDP je dobrovolná, samostatná, nepolitická, profesní, odborná a stavovská organizace s právní subjektivitou“, která vznikla v roce 1994. Zajišťuje informační a poradenský servis pro odbornou i laickou veřejnost. Vydává aktualizované informační a edukační materiály. Mezi činnosti a cíle NCDP mimo jiné patří také garance kvalitní úrovně poskytované domácí péče, spolupráce se zahraničím, spolupráce s ministerstvem, provádění a podílení se na výzkumech v domácí péči, obhajování oprávněných práv klientů a podpora dalšího vzdělávání poskytovatelům domácí péče.¹

1.2 Asociace domácí péče v České republice

Asociace domácí péče České republiky byla jednou za sedmi zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče.² ADP ČR sdružuje všechny ty, kteří provozují, podporují a potřebují domácí péči. (Misconiová, 1993)

¹ MISCONIOVÁ, B. *Národní centrum domácí péče České Republiky*. Dostupné na internetu: <<http://www.domaci-pece.info/>>. [on-line]. [cit. 2010-16-2].

² MISCONIOVÁ, B. *Asociace domácí péče České Republiky*. Dostupné na internetu: <<http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece>>. [on-line]. [cit. 2010-16-2].

Formy členství jsou:

- Řádné - řádným členem se může stát fyzická či právnická osoba.
- Přidružené - přidruženým členem se může stát pouze fyzická osoba, která je ke zřizovateli agentury domácí péče jež je členem ADP ČR v zaměstnaneckém poměru.
- Podpůrné – podpůrným členem se může stát fyzická či právnická osoba, podporující cíle ADP ČR.
- Čestné – čestným členem se může stát osoba, jež se mimořádně zasloužila o podporu a rozvoj ADP v ČR.³

Každý řádný, podpůrný a přidružený člen je povinen platit roční členský příspěvek. Členové jsou povinni dodržovat práva a povinnosti členů. ADP ČR je složena z orgánů, a to z Valné hromady ADP ČR, Prezidia ADP ČR, Revizní komise ADP ČR, Etické a odborné komise ADP ČR a Regionálního sdružení ADP ČR.⁴

1.3 Terminologie spojená s domácí péčí

S domácí péčí jsou spojovány tyto termíny:

HOME CARE - mezinárodně užívaný výraz pro domácí zdravotní péči.

HOME HELP - mezinárodně užívaný výraz pro domácí pomoc.

COMPREHENSIVE HOME CARE - komplexní domácí péče, je otevřený systém individuální péče, ve kterém jsou integrovány zdravotní, sociální i laické formy péče.

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM - jde o profesionály zaměřené na oblast zdravotnictví, sociální péče a pomoc laické veřejnosti.

³ STANOVY *Asociace domácí péče České republiky*. Dostupné na internetu: < www.domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc >. [on-line]. [cit. 2010-16-2].

⁴ STANOVY *Asociace domácí péče České republiky*. Dostupné na internetu: < www.domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc > [on-line]. [cit. 2010-16-2].

INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE – což znamená mezioborová spolupráce.

HORIZONTÁLNÍ MANAGMENT - každý člen týmu má svou osobní odpovědnost za kvalitu, rozsah a plánování. (Misconiová, rok neuveden)

1.3.1 Primární péče

Primární péče se v našich podmínkách neustále proměňovala. Po dlouhou dobu byla poskytována linií soukromých či rodinných lékařů. V rámci socializace šlo spíše o budování společných pracovišť, v nichž se projevovaly výhody soustředění specializací na jednom místě. Postupně se ale zjistilo, že nevýhodou je velká vzdálenost od občanů, a proto roku 1990 nastala transformace našeho zdravotnictví. V současné době se dospělo k názoru, že specialisté poskytují mnoho služeb, které by mohli poskytovat lékaři primární péče. (Misconiová, 1998)

Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně - sociální péče poskytovaná převážně zdravotníky. Je to soubor činností jež souvisí s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním klienta, za respektu potřeb bio-psycho-sociálních, a co nejbližše jeho sociálnímu prostředí. (Misconiová, 1998)

Primární lékařská péče a primární zdravotní péče bývají mylně chápány jako protiklad. Jelikož primární zdravotní péče je rozšířená primární lékařská péče. A v tomto pojetí je poskytována domácí péče. (Vorlíček, 1998)

Poskytovatelé primární zdravotní péče u nás jsou praktičtí lékaři, ambulantní gynekologové, stomatologové, agentury komplexní domácí péče, lékařské služby první pomoci a lékařská pohotovostní služba. (Misconiová, 1998)

1.3.2 Komunitní péče

Termíny komunitní péče a primární péče se často zaměňují. Primární zdravotní péče je chápána jako péče poskytovaná praktickým lékařem při prvním kontaktu s nemocným. (Hanzlíková, 2007) Komunitní péče je péče o zdraví populace v terénu mimo zdravotnické zařízení. (Krátká, 2008) Jde o spektrum zdravotnických, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity. (Jarošová, 2007) Současné trendy směřují primární zdravotní péči na plnění zdravotní politiky v komunitě, to znamená přenesení péče do komunitních zařízení. Součástí komu-

nitní péče se stává primární, sekundární i terciární péče, včetně prevence. (Hanzalíková, 2007)

Komunitní sestra je všeobecná sestra, která vykonává činnosti dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., § 48. Ten tvrdí, že pokud je všeobecná sestra uvedená v § 49 – 59, může po získání specializované způsobilosti vykonávat činnosti podle § 4 a bez odborného dohledu.⁵ Komunitní sestra, rodinná sestra a sestra pro zdravotní výchovu, jsou sestry připravované ve specializačních kurzech, které pracují v zájmu státu a jsou součástí veřejného zdravotnictví. (Krátká, 2008)

1.3.3 Definice domácí péče

Světová zdravotnická organizace (WHO) vznikla v roce 1948. Je to mezivládní organizace, která sdružuje celou řadu států světa. Nejvyšším orgánem je světové shromáždění ministrů zdravotnictví. Sídlí v Ženevě. Jejím cílem je dosáhnout co možná nejvyšší možné úrovně zdraví lidstva. Tento cíl je rozpracován v programu „Zdraví ve 21. století“. V programu jsou stanovené prioritní oblasti, kterým je třeba věnovat zvýšenou pozornost při zabezpečení a rozvoji zdravotní péče. Program je specifikován i do ošetrovatelství a práce sester v nemocniční a terénní péči. (Staňková, 1996)

„Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.“ (Jarošová, 2006, s. 55)

Česká asociace sester (ČAS) vznikla v roce 1991. Jejím cílem je pozvednout úroveň a společenskou prestiž povolání sestry. (Staňková, 2006)

„Česká asociace sester ve svém návrhu koncepce domácí zdravotní péče prezentuje domácí péči jako zvláštní ambulantní péči a nedílnou součást zdravotní péče, která zabezpečuje komplexní ošetrovatelskou péči jednotlivcům v přirozeném sociálním prostředí jejich vlastních domovů, a to od začátku života až do jeho konce.“ (Jarošová, 2006, s. 55)

⁵ Vyhláška č. 424/2004, Sb. Dostupné na internetu: <<http://legislativa.mzcr.cz/Pages/36-zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova.html>>. [on-line]. [cit. 2010-16-2].

V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je domácí zdravotní péče specifikována jako zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je zajišťována na pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí.“ (Jarošová, 2006, s. 55)

Ministerstvo zdravotnictví definuje ve své koncepci domácí péči jako zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí. Jde o péči, která je poskytována klientům, jejichž pobyt ve zdravotnickém zařízení ústavní péče není nutný. (Jarošová, 2006)

1.3.4 Komplexní domácí péče

Dle WHO je zdraví definováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci, nebo vady. Tyto tři složky tvoří komplex bio - psycho - sociální, o který je potřeba pečovat tzv. komplexně. (Misconiová, 1993) A právě na tomto principu je poskytována komplexní domácí péče. Je všeobecně známo, že člověk který je nemocný tělem, má zpravidla postiženou i duši. Psychický, fyzický stav i vlastní sociální prostředí spolu velmi úzce souvisí a navzájem se ovlivňují. Opomenutí jedné jediné složky znamená, že se nemocný neuzdraví tak snadno, nebo dokonce vůbec. Nemocný, kterému je sdělena nepříznivá diagnóza v domácím prostředí, ji přijme podstatně lépe, než když je mu sdělena v nemocničním zařízení. Je to dáno tím, že doma není tolik vystaven stresu z neznámého prostředí a cizích lidí. Řeklo by se, že domov jsou jen čtyři stěny a střecha nad hlavou. Ale nikoliv, domov je tam, kde se cítíme dobře, kde nás mají rádi a kde to známe. Je to malé místočko na naší velké zeměkouli, kde pocítujeme pocity klidu, jistoty a bezpečí od všeho zlého. A právě tyto pocity jsou velmi důležité k léčbě nemoci.

Představme si sami sebe, když se ocitneme v neznámém prostředí. Objeví se pocity nejistoty, obav až strachu. Pacienti v nemocnici se cítí stejně, ba dokonce mnohem hůře, jsou osamělí a touží po jediném, jít domů. Začne se u nich projevovat zamyšlenost, smutek, plačtivost, apatičnost nebo naopak agrese. Rozveselí je pouze myšlenka na domov a rodinu.

Komplexní domácí péče je integrovaná forma péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče. (Jarošová, 2006) „Filozofie komplexní domácí péče je podmíněna principem pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím,

s akceptem na individuální vnímání kvality života každé lidské bytosti.“ (Misconiová, 1998, s. 11) Kvalita lidského života je vyjádřena mezinárodně přijatou jednotkou IQIL, což znamená Quality of Individual Life. (Hanzlíková, 2007). „Ta je definována na základě stanovení objektivních potřeb jedince ve vztahu k reálným možnostem společnosti.“ (Hanzlíková, 2007, s. 241) Je zde snaha maximálně vyjít vstříc rozsahem poskytované péče a služeb. Tato forma péče je poskytována aktivitou lékařů, sester, dobrovolníků a mnoha dalších odborníků, ale také aktivitou samotného klienta, rodiny či blízkých. Je zde uplatněn princip subsidiarity, což znamená pomoc k svépomoci. Tento princip by měl pomoci klientovi a jeho blízkým poskytovat jakýsi standard péče a pomoci, i když odborníci nejsou právě poblíž. Cílem je posílit zodpovědnost klienta za jeho vlastní zdravotní stav a zároveň posílit spoluodpovědnost pečujících na kvalitě péče, kterou poskytují. (Misconiová, 1998)

1.3.4.1 Definice komplexní domácí péče

Na základě těchto informací můžeme shrnout komplexní domácí péči takto. „Jde o vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomickou, maximálně dostupnou integrovanou formu péče poskytovanou individuálně - klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou komunity, s respektem k lidským právům, při využití zbytkových kapacit klienta a začlenění rodinných příslušníků, či blízkých do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče – poskytujícího indikovanou kontinuální péči a vzájemnou aktivní pomoc.“ (Misconiová, 1998, s. 13)

„Komplexní domácí péče se rozumí poskytování péče, léčebně-preventivní, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické a sociální, včetně laické pomoci poskytované v primární péči.“ (Konopásek, 2004, s.117)

1.3.4.2 Laická, sociální a zdravotní péče

V rámci komplexní domácí péče je poskytována péče laická, sociální a odborná zdravotní.

Laická péče

Jak již bylo uvedeno, na komplexní domácí péči se mohou podílet i laici, a to například rodinní příslušníci či dobrovolníci. Dobrovolník může být fyzická osoba starší 15 let. (Krátká, 1998)

Přestože se o této formě pomoci tolik nemluví, mnohdy se o její existenci ani neví, je velmi oblíbená a nepostradatelná. Je vhodná pro klienty, kteří jsou osamělí, mají rodinu příliš daleko, nebo dokonce nemají žádné příbuzné. Jsou tzv. odříznuti od světa a chybí jim mnohdy společník, nebo potřebují jinou pomoc, například v oblasti sebezpečí nebo potřebují pomoc při komunikaci s okolím.

Dobrovolnickou činnost poskytují nejčastěji studenti, ženy v domácnosti, nezaměstnaní či lidé důchodového věku. Laická péče není finančně ohodnocena. (Misconiová, 1995) Proto by měla být poskytována na základě dobrovolného rozhodnutí: CHTÍT POMOCI A MÍT Z TOHO DOBRÝ POCIT.

Sociální péče

Při péči o klienta nesmíme opomenout ani sociální problémy. Sociální péče a pomoc vychází z aktuální sociální diagnostiky klienta a jeho vlastního prostředí. (Jarošová, 2006)

Sociální práce je zaměřena na pomoc osobám, které se dostaly do nepříznivé situace. Patří mezi pomáhající povolání společně s ošetrovatelstvím či lékařstvím. Cílem je poskytování komplexní praktické pomoci v nepříznivé situaci, případně doporučení příslušného odborníka. Sociální práce je uplatněna v mnoha oborech, např. v dětských domovech, v domovech důchodců, v kriminalistice, v práci s národnostními menšinami, uprchlíky, lidmi po katastrofách, ale i ve zdravotnictví. (Vorlíček, 1998)

Úkolem sociálního pracovníka je chránit zájmy klienta. Nesmí vykonávat lékařské ani sesterské práce. Musí mít přehled o legislativě státu a sociálních institucích. (Vorlíček, 1998) Součástí agentury domácí péče může být také sociální pracovník, který stanovuje tzv. sociální diagnózu u klienta. A na základě této diagnózy může být klientům poskytována mimo zdravotní péče i sociální péče a pomoc. (Misconiová, 1995) Sociální pracovnice ale není pečovatelka. To znamená, že pomocné práce nevykonává, ale zajišťuje osoby, které tyto činnosti plní. Je ve stálém kontaktu jak s klientem, tak i s jeho rodinou. Sleduje jak vše probíhá, ale nezasahuje, není-li to bezprostředně nutné. Vidí-li, že pečující již tuto situaci nezvládá, navrhuje praktickou pomoc a morální podporu. Pokud nastane situace, že se rodina o klienta nestará, je jejím úkolem pracovat v zájmu klienta. A pokud pečuje

o rodinu dětského klienta, nesmí zapomenout poukazovat na pozornost k jeho sourozenci. (Vorlíček, 1998)

Pečovatelská služba je nejrozšířenější forma sociální péče a služeb v terénu. Poskytována je buď v domácím prostředí klientů nebo ústavně (např. v domech s pečovatelskou službou). Pokud potřebnou péči nemohou zajistit rodinní příslušníci v takovém rozsahu, v jakém by ji klient potřeboval, je tato forma pomoci na místě. Pečovatelská služba poskytuje potřebným takové služby a úkony, které vedou k uspokojení jejich základních potřeb. (Vítečková, 1983) Pečovatelská služba je dle platných právních norem, a to plně nebo částečně klientem. Při poskytování péče je přihlédnuto k věku, zdravotnímu stavu, majetkovým poměrům a příjmu klienta i jeho rodinných příslušníků. (Jarošová, 2006)

V rámci pečovatelské služby mohou být poskytovány tyto služby:

- pomoc při hygieně klienta,
- pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zvládnutí chodu domácnosti,
- pomoc při oblékání klienta,
- fakultativní úkony poskytovány ve formě doprovodu, odvozu k lékaři.

Zdravotní péče

Je indikována ošetřujícím lékařem klienta. (Jarošová, 2006) Základ spočívá na různých pilířích. Lékaři musí s domácí péčí velmi dobře spolupracovat, jelikož se doplňují. Nekonkurují si. (Ackermann, 1993) Bohužel této péče nevyužívají všichni ošetřující lékaři v takové míře, v jaké by mohli.

2 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Téměř většina zemí Světové zdravotnické organizace má k dispozici domácí péči, založenou na nejrůznějších principech. Proto díky transformaci českého zdravotnictví byla založena i v České republice. Filosofii domácí péče je, že každý jedinec je zodpovědný za své vlastní zdraví. Pokud není schopen se o sebe postarat, přichází na řadu péče a pomoc rodiny, dobrovolníků a v případě potřeby odborných pracovníků. (Bártlová, 2002) Dle vyhlášky MZ ČR č. 55/2000 je formálně evidována jako odbornost 925, tj. domácí zdravotní péče. (Jarošová, 2007) Domácí péči poskytují agentury domácí péče.

Domácí Péče je poskytována v tomto rozsahu:

- Základní domácí péče.
- Odborná domácí péče.
- Domácí paliativní péče. (Šimánková, 2006)

Ošetrovatelská péče v domácí péči je poskytována sestrou, a to přímo nebo nepřímo. O **přímé péči** hovoříme tehdy, kdy je sestra v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Dále sem patří vše, co se vztahuje k aktuálním fyzickým aspektům ošetrovatelské péče a řadí se sem také edukace jak klienta, tak i jeho rodiny. **Nepřímá péče** zahrnuje sesterské aktivity týkající se zkvalitňování a koordinace péče. (Jarošová, 2007)

Domácí péče je dostupná 24 hod. denně, 7 dnů v týdnu a 365 dní v roce. (Archalousová, 2006) Pokud nemocný využívá služeb konkrétní agentury domácí péče, měl by mít k dispozici telefonní číslo osoby, na kterou se v případě potřeby může kdykoliv obrátit.

Dle poskytovatele se domácí péče dělí na čtyři složky. Poskytovatelem může být agentura domácí ošetrovatelské péče, ošetrovatelská služba, rodinní příslušníci a lékař prvního kontaktu. (Hanzlíková, 2007)

2.1 Cíle domácí péče

Mezi cíle domácí péče patří:

- Zajistit co největší rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci klientům, na základě doporučení příslušným lékařem, v jejich vlastním sociálním prostředí.

- Eliminace nozokomiálních nákaz a intrapatogenního poškození pacientů. (Pochylá, 2005)

2.2 Formy domácí péče v České republice

Domácí péče se v České republice vyskytuje v pěti formách (Jarošová, 2006):

1. Akutní domácí péče

Je indikovaná u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci. Zahrnuje specializovanou domácí péči. Bývá poskytována krátkodobě.

2. Dlouhodobá domácí péče

Jde o nejrozšířenější formu domácí péče v České republice. Je určena chronicky nemocným klientům. Hovoříme zde o komplexní domácí péči.

3. Preventivní domácí péče

Jde o pravidelné preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu klienta. Je poskytována tak často, jak určí lékař na základě celkového stavu klienta.

4. Domácí péče ad hoc

Jednorázová domácí péče je poskytnuta mimořádně, týká se provedení jednorázových výkonů sestrou na základě ordinace praktického lékaře.

5. Domácí hospicová péče

Hospicová domácí péče je péče poskytovaná všem věkovým skupinám v terminálním stádiu života, na přání klienta nebo jeho rodiny.

Mezi námi je mnoho lidí, jež jsou těžce nevléčitelně nemocní a nezbývá jim příliš mnoho času. Ze začátku se snaží tuto skutečnost vyvrátit, vyžadují opakování vyšetření. Pokud výsledek vyjde stejný, začnou navštěvovat různé specialisty naší republiky, i ze zahraničí, a když jim ani zde nikdo nepomůže, mnozí z nich se stále ještě s nadějí obrací na různé léčitele. Postupem času ale zjistí, že už na této situaci nic nezmění. Začnou být smutní, bojí se smrti, pronásledují je myšlenky obav a strachu o jejich rodinu. V této fázi není pro klienta důležitá pouze péče o potřeby biologické, ale hlavně uspokojení potřeb psychických, spirituálních i sociálních. Tím chci říci, že nestačí pouze lékařská pomoc, pomoc by měli poskytovat mimo jiné také jiní odborníci, ale i laici. To proto, aby klient

mohl odejít smířen se smrtí a ujištěn, že jeho rodina bude v pořádku. Nikdo by neměl nikdy umírat sám, nýbrž v blízkosti lidí, kterým na něm záleží, kteří mu chtějí být na blízku, a také v blízkosti lidí, na kterých záleží i samotnému klientovi. Jenže nejen pro samotného klienta je tato situace velmi těžká, nesmíme zapomenout i na jeho rodinu, které před očima odchází někdo koho mají rádi. Musí se smířit s tím, že už tady pro ně nikdy nebude. Proto je péče a pomoc zaměřena jak na klienta, tak i na jeho rodinu.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu, člověku jako jediné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět velkými bolestmi, bude respektována jeho lidská důstojnost a nezůstane sám, až do konce jeho cesty životem bude někdo s ním. Máme tři formy hospicové péče: domácí hospicová péče (ta je nejideálnější), dále stacionární hospicová péče, (poskytována prostřednictvím denních pobytů) a lůžková hospicová péče. (Svatošová, 2008)

Dle WHO je domácí hospicová péče definována jako integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických a věkových skupin, u kterých je prognózou ošetřujícího lékaře odhadována délka klientova života v rozsahu méně než šest měsíců. (Hanzlíková, 2007) V hospicové péči se poskytuje **paliativní péče**, která je definována jako aktivní péče poskytovaná klientovi trpícímu nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnění bolesti, strádání a dosažení co nejvyšší možné kvality života. (Sláma, 2007)

2.3 Výhody domácí péče

Domácí péče nabízí velké množství výhod:

- hospodárnost - zkracování hospitalizace, snižování nákladů na péči,
- mnohostrannost - práce multidisciplinárního týmu,
- komplexnost - poskytování činností léčebných, ošetrovatelských, sociálních aj.,
- dlouhodobá péče - poskytuje se dle potřeb klienta a jeho rodiny,
- individualizovaná péče - dle individuálních potřeb klienta,
- podpora zdraví - kromě konkrétní péče o klienta jsou poskytovány i služby primární, sekundární a terciární prevence,

- přirozené prostředí - péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí,
- rodinní příslušníci - zapojení se do péče o klienta.

(Krátká, 2008), (Jarošová, 2007), (Hanzlíková, 2007)

2.4 Klienti domácí péče

Domácí péče je určena všem věkovým skupinám s různou diagnózou, kde už nestačí pomoc rodiny, ale stále ještě není potřebná hospitalizace v určitém zdravotním a sociálním zařízení. Odborníci sledují celkový stav klienta, pomáhají s řešením zdravotních i sociálních problémů a jinými záležitostmi. Péči poskytují bez rozdílů na sympatie, věk, pohlaví, náboženství, rasu klienta apod.

2.4.1 Kontraindikace domácí péče

Domácí péči není vhodné poskytovat v případě, pokud si ji klient nepřeje nebo nežadá, nebo nemá – li rodinu ani vlastní zázemí, kdy by se o klienta mohl postarat někdo jiný v době nepřítomnosti zaměstnanců agentury domácí péče.

Ekonomové tvrdí, že péče o klienta by neměla přesáhnout dobu delší než tři hodiny. S tím ale nelze souhlasit, jelikož domácí péče poskytuje i hospicovou domácí péči, kde je delší doba strávená u klienta na místě. Ovšem musí se zvládnout symptomy paliativní péče. Péče o nemocné klienty je velmi náročná, proto může nastat u pečující osoby únava až vyčerpání, což je další důvod k přerušení domácí péče a následné hospitalizaci klienta. (Vorlíček, 1998)

2.4.2 Indikace domácí péče

Indikovat domácí péči může ošetřující lékař v nemocnici po dobu 14 dnů. Nebo praktický lékař pro dospělé, děti a dorost, který musí vydávat každý měsíc nové doporučení, kde stanoví obsah, rozsah a frekvenci péče. (Archalousová, 2006)

2.4.3 Podmínky pro poskytování domácí péče

Podmínky pro indikaci domácí péče jsou: stabilizovaný klinický stav klienta, předpoklad zapojení rodiny, sousedů či laické výpomoci, dostupnost služeb a samozřejmě také

vhodné domácí prostředí. (Kalvach, 2004) Pomoc při úpravě domácího prostředí je také aktivitou sestry domácí péče. Sestra doporučuje odstranit volné koberce, aby nehrozil pád klienta, navrhuje vhodné umístění lůžka, navrhuje instalaci madel, doporučuje pro klienta vhodné kompenzační pomůcky a zajišťuje přístup klienta k telefonu. (Krátká, 2008)

2.4.4 Poskytovatelé domácí péče

Komplexní domácí péči poskytuje tzv. multidisciplinární tým pracovníků. Což mohou být: lékaři, sestry, psychologové, rehabilitační pracovníci, logopedové, sociální pracovníci, rodinní příslušníci, dobrovolníci a jiní. Výběr pracovníka domácí péče ke klientovi je ovlivněn personálním obsazením dané agentury domácí péče, aktuálním zdravotním stavem, potřebami klienta a v neposlední řadě prostředím, ve kterém se klient vyskytuje.

Odborný zástupce pracuje v pozici sestry manažerky nebo terénní sestry. Musí mít ukončené kvalifikační vzdělání podle platné legislativy, alespoň 5 let praxe ve zdravotnickém zařízení, praxi u lůžka 2 roky a specializaci v oboru Komunitní ošetrovatelská péče. (Krátká, 2008)

2.5 Financování domácí péče v České republice

V České republice je domácí péče hrazena:

- Financování zdravotní pojišťovnou dle vyhlášky MZČR č. 134/1998. Jde o tři hodiny odborné péče denně, ale v odůvodněných případech a po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny, jde tuto péči rozšířit nejvíce na pět hodin denně. V domácí péči existují čtyři typy návštěv 15 min., 30 min., 45 min., 60 min., ale není to striktně dáno existují i výjimky, kdy je třeba intenzivnějších návštěv u klienta.
- Přímou platbou klientem či rodinou (při nadstandardní péči).
- Sponzorské dary, nadace, granty, aj.

(Marková, 2009) (Krátká, 2008) (Jarošová, 2007)

V rámci komplexní domácí péče poskytují agentury domácí péče i služby nadstandardní. Nadstandardní péče je péče, která nemůže být agentuře proplacena ze zdravotního, nebo sociálního pojištění klienta. (Misconiová, 1995) Každá agentura má pevně dané ceny

za jakoukoli nadstandardní službu. Klient by měl být o cenách předem informován. Mezi tyto služby patří pedikúra, manikúra, doprovod, donáška, apod., a to vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 467/92 Sb., o Zdravotní péči poskytované za úhradu (Misconiová, 1995)

2.6 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

Je mnoho faktorů které mají vliv na rozvoj domácí péče v České republice, ale nejdůležitější jsou tyto faktory:

Vzrůstající ekonomický tlak

V současné době náklady na zdravotnickou péči neustále stoupají. Proto se hledají různé alternativy, které by nebyly pro stát tak finančně náročné. Jednou z alternativ je právě domácí péče, která vede ke snižování nákladů za hospitalizaci, a s tím souvisí i zkrácení délky hospitalizace. (Marková, 2009)

Stárnutí populace

V současné době se průměrný věk stárnoucí populace neustále zvyšuje. A s tím souvisí i zvýšený zájem o služby domácí péče. Proto většina klientů jsou právě senioři, kteří pomoc a péči potřebují, ale mají strach z ústavů a chtějí zůstat doma v jim známém prostředí.

Změny struktury a role v rodině

Pokud rodina neplní svoji funkci tak jak by měla, možnosti domácí péče jsou velmi omezené. (Hanzlíková, 2007)

Rostoucí poptávka veřejnosti po domácí péči

Umožňuje – li to alespoň trochu zdravotní stav nemocného, lidé chtějí v období nemoci zůstat v pro ně přirozeném a známém prostředí. Jak je již prokázáno, v domácím prostředí se lidé uzdravují mnohem rychleji. Proto se zájem o domácí péči neustále zvyšuje.

Rozvoj moderních technologií

Rozvoj moderních technologií a přístrojů, má výrazný vliv na rozvoj domácí péče. V současné době mají agentury domácí péče k dispozici např. monitory, dialyzační přístroje, infuzní pumpy, apod. (Hanzlíková, 2007)

Politické faktory

V Evropské unii jsou státy, ve kterých získávají politici hlasy voličů za zájem a podporu domácí péče. (Marková, 2009)

2.7 Založení a chod agentury domácí péče

V případě, že by si chtěl někdo založit vlastní agenturu domácí péče musí splnit následující podmínky, a to zpracovat si strategii agentury čímž je myšleno, jaký je záměr činnosti a jakého cíle má být dosaženo. Poté se následuje registrace na magistrátu, účast na výběrovém řízení a v případě úspěchu uzavření smlouvy s pojišťovny a praktickými lékaři. (Marková, 2009)

Zřizovatelem agentury domácí péče mohou být instituce státní nebo naopak nestátní. Agenturu domácí péče si může zařídit i jednotlivec. Personální obsazení je dle odborníků, které jednotlivé služby zabezpečují. Materiální vybavení a zabezpečení je přísně stanoveno. Každá agentura domácí péče má svůj ceník, který musí dodržovat. Určité služby může poskytovat i za úhradu přímo klientem. Mnohé agentury domácí péče zapůjčují svým klientům i pomůcky. (Šimánková, 2003)

Pro provoz je nutné registrovat nestátní zdravotnické zařízení, provést výběrové řízení a uzavření smluv se zdravotními pojišťovny, vypracovat provozní řád a pracovní smlouvy pro zaměstnance. Dále vypracovat pracovní náplň podle vyhlášky MZ ČR č. 424/2004 Sb. A nezapomenout ani na vedení ošetřovatelské dokumentace, knihy jízd a vedení výkaznictví pro zdravotní pojišťovny. (Marková, 2009)

2.7.1 Vybavení materiální a technické

Vybavení je dané vyhláškou MZ ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení. Musí splňovat zdravotnické a hygienicko-epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz. (Jarošová, 2006) Při vybavování agentur domácí péče je doporučeno prostorové zázemí, kancelářský nábytek, uzamykatelná kartotéka pro zdravotnickou

dokumentaci a na léčiva, lednička s chladícím boxem, sterilizátor a telefon se záznamníkem. Každá sestra musí mít k dispozici tonometr, fonendoskop, teploměr, injekční stříkačky a jehly, glukometr, nůžky, peany, pinzety, emitní misky, cévky, obvazový materiál, rukavice, dezinfekční prostředky, irigátor, rektální rourky, boxy pro likvidaci materiálu, ochranné pomůcky a oděvy, polohovací pomůcky, přístup do skladu s pomůckami a podobně. Může mít u sebe i pomůcky které jsou doporučené, a to například inhalátor, odsávacíky, infuzní pumpy a ambuvak. Většina agentur svým klientům zapůjčuje pomůcky, které jim usnadní situaci a kvalitu života. Mohou to být například berle, chodítka, vozík, mycí lůžka apod. (Archalousová, 2006) (Pochylá, 2005) Pomůcky jsou zapůjčovány dle stavu, potřeb klienta a samozřejmě také dle vybavení, které oslovená agentura vlastní.

Při každé návštěvě klienta by měla mít sestra u sebe tzv. „sesterský kufřík“, který obsahuje vybavení pro mytí rukou, k vyšetření, jednorázové pomůcky, kancelářské vybavení a stručného průvodce domácí péčí. (Misconiová, rok neuveden)

2.7.2 Právní předpisy vymezující poskytování domácí péče v České republice

Pokud bychom se chtěli zabývat domácí péčí podrobněji, neměli bychom opomenout ani právní předpisy vymezující poskytování domácí péče v České republice.

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře, farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotních zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

- Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
- Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. (Marková, 2009)

2.7.3 Základní ošetřovatelská dokumentace v domácí péči

Základní ošetřovatelská dokumentace v domácí péči obsahuje poukaz na ošetření/vyšetření v domácí péči, což je oficiální formulář, který je používán v České republice. Vstupní ošetřovatelský záznam by měl obsahovat:

- osobní údaje klienta (jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovnu, jméno registrujícího praktického lékaře, kontaktní osobu),
- zdravotní a ošetřovatelskou anamnézu (fyziologické funkce, hmotnost, stav pokožky, výživu, vyprazdňování, bolest, smyslové omezení),
- sociální anamnézu,
- plán ošetřovatelské péče (ošetřovatelské diagnózy, cíle a intervence).

Další nedílnou součástí je plán ošetřovatelské péče a jeho součástí jsou:

- ošetřovatelské diagnózy,
- cíle ošetřovatelské péče,
- sesterské intervence,
- hodnocení efektu poskytnuté péče,
- datum zpracování plánu péče,
- datum poskytování péče,
- datum hodnocení péče,
- podpis sestry odpovídající za klienta a péči mu poskytovanou,
- denní záznam o péči u klienta. (Marková, 2009)

Dokumentace zůstává v bytě klienta pro případné nahlédnutí jinými odborníky, např. lékaři záchranné služby, u ošetřujícího lékaře a také ji má k dispozici agentura domácí péče. (Misconiová, 1995) Po ukončení péče se vyplňuje tzv. výstupní ošetřovatelský záznam, s identifikačními údaji klienta, ve kterém se hodnotí průběh ošetřování a stav klienta po ukončení domácí péče. (Marková, 2009)

2.7.4 Vykazování zdravotní péče pojišťovně

Vykazování zdravotní péče pojišťovně se řídí příslušnou legislativou dané země. Pro Českou republiku platí vyhláška MZ ČR č.331/2007 Sb., která obsahuje seznam zdravotních výkonů, metodiku pořizování a předávání dokladů Všeobecné zdravotní pojišťovně. (Marková, 2009) Předpis VZP - 06DP/1999 musí obsahovat konkrétní výkony, které lékař požaduje a vykazování návštěv společně se spotřebovanými materiálními náklady. Všechny tyto úkony musí lékař stručně vypsát. Sestra s lékařem vypracovává plán péče. Veškerá péče kolem klienta musí být pečlivě zdokumentována, jak lékařem, tak i sestrou.

Vyhláška MZ ČR č. 101/2002 Sb., uvádí náročnost ošetřovatelské péče, frekvenci návštěv za určité časové období a časový limit provedení. Domácí péče typu I. 06313, typu II. 06315, typu IV. 06318, je určena klientům odkázaných na pomoc druhých pro částečnou mobilitu. Typ číslo III. 06317 je určen klientům odkázaným plně na ošetřování druhou osobou. Výkony obecně zahrnují odebrání ošetřovatelské anamnézy, zhodnocení prostředí, stanovení ošetřovatelské diagnózy, vyšetření stavu klienta, sledování fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, prevenci a ošetřování kožních lézí, aplikace inhalační a léčebné terapie (p.o., s.c., apod.), edukace klienta, nácvik aplikace inzulínu, rehabilitaci klienta, hygienickou péči u klienta, klyzma, cévkování a ošetřování permanentních katétrů, ošetřování stomií, nácvik pečujících ke zvládnutí jednoduchých intervencí v péči o klienta a podobně. Vždy se provedou záznamy do dokumentace a předání informací lékaři. Pokud klient potřebuje zahájení, změnu či ukončení domácí péče, je to možné pouze na základě písemné indikace lékaře. Agentury domácí péče by měly vlastnit i automobil a vykazovat pojišťovně počty ujetých kilometrů, kdy musí volit efektivně vzdálenost klientů a záznam o provozu zdravotnického vozidla (Konopásek, 2004)

2.8 Kvalita domácí péče

Základním cílem současného ošetrovatelství je poskytování kvalitní domácí péče. (Pochylá, 2005) Kvalita domácí péče je ovlivněna mnoha principy.

- Principem **komplexnosti**, kde cílem je vytvořit konkurenční prostředí.
- Princip **akceptování lidských práv a motivace** klienta.
- Princip **podpory a obnovy zdraví společnosti** je úzce spojen s každodenní činností multidisciplinárního týmu KDP.
- Princip **standardizace postupů** pomocí standardů. (Hanzlíková, 2007) Standardy jsou definice v konkrétním zařízení a kontextu, dohodnuté a přijatelné úrovně ošetrovatelské péče. (Lemon, 1996)
- Princip **vzdělávání členů týmu**, jehož cílem je poskytování nových informací, které by vedly k realizaci těchto poznatků v praxi. (Hanzlíková, 2007)

Hodnocení kvality poskytované domácí péče je pomocí vnějšího a vnitřního systému. **Vnitřní systém** kontroly kvality je hodnocení postupu poskytovatele dle platných standardů, dokumentace nebo kontroly jiným poskytovatelem a podobně. **Vnější systém** je kontrola kvality poskytované péče díky ošetřujícímu lékaři, samotným klientem nebo jeho blízkými a také mimo jiné např. revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Objektivním kritériem je celkový stav klienta a subjektivním kritériem je slovní vyjádření lidí, kteří jsou s domácí péčí v kontaktu, ať už samotný klient nebo i jeho rodina. (Jarošová, 2006)

2.9 Rodina a její význam v rámci domácí péče

Existuje mnoho odlišných definic rodiny. Podle Hártla a Hártlové je rodina *univerzální skupinou, kde probíhají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince, umožňuje mu vytvořit důvěru v sebe, motivačně volní charakteristiky, postoj k sobě samému a pevné sociální vazby emocionálně opěťovaných vztahů*. (Jarošová, 2007, s. 49) Funkce rodiny je ekonomická, reprodukční, ochranná, kulturní, výchovná a socializační. (Hanzlíková, 2007)

Onemocnění člena rodiny zasáhne téměř vždy celou jeho rodinu. S onemocněním člena rodiny se spojuje termín „nemocná rodina“. (Marková, 2009) Změní se nejen postavení nemocného v rodině, ale i jeho role a schopnosti. Z člověka, který byl dosud nápomo-

cen se stane závislý, což znamená, že on sám pomoc potřebuje. Není schopen se plně o sebe postarat tak, jako tomu bylo dříve. Objevují se u něj pocity méněcennosti, změní se jeho žebříček hodnot a začne si vážit věcí, které pro něj byly dosud maličkostí, nebo se nad nimi zdaleka tak nezamýšlel. Začne si vážit každého úsměvu, vlídného slova, nebo každého dne jeho života navíc. Záleží, jak se s tím vyrovná on, ale i jaký postoj zaujme jeho rodina. Postaví-li se k tomu „čelem“, bude to znamenat, že se ho ujme, postará se o něj a bude nemocnému oporou. Nebo dá-li od této nepříznivé situace „ruce pryč“ a raději nechá dotyčného hospitalizovat v určitém zdravotním či sociálním zařízení, což se také občas stává. Rodina poté uvádí názor „tam se o něj lépe postarají, jsou na to vybaveni i vyškoleni“. Je to mnohem jednodušší, než se s někým tzv. „trápit“ doma. Samozřejmě, ne vždy je tato volba možná, i když není pochyb o tom, že všem je doma nejlépe. Někdy je hospitalizace téměř nevyhnutelná, jelikož to zdravotní stav klienta vyžaduje, i když by se rodina snažila sebevíce. Pokud to není v zájmu klienta, nebude mu domácí péče povolena, ale to vše musí nejprve posoudit lékař.

Jak již bylo řečeno, na zvládnání klientova stavu má svůj velký podíl i jeho rodina a blízcí. Péče o nemocného v domácím prostředí znamená pro rodinu velké změny v jejich dosavadním způsobu života. Musí se řídit podle aktuálního stavu a potřeb nemocného, rodina by měla být přesvědčena o správnosti léčebného režimu, neměla by nic podcenit a ani zapomenout na možné komplikace. Vše jde zvládnout, ale musí se jen chtít a pokud se chce, tak to půjde.

Samozřejmě vyrovnávání se s nepříznivou situací je obtížné jak pro nemocného, tak i pro jeho rodinu. Vyrovnávání je individuální a záleží na mnoha okolnostech, ale asi nejhorší je neočekávanost. Pokud nikdo na změnu situace není připraven a nastane tato změna zdravotního stavu z plného zdraví, je vyrovnávání se s touto skutečností mnohem obtížnější. Rodině by měla být poskytována pomoc převážně psychická, ve formě dostatku informací a klidného trpělivého přístupu k nim. Většinou se v rodině role pečujícího ujme osoba, která se bude o nemocného starat nejvíce. Začne pociťovat velkou zodpovědnost za svoji novou roli, bude se vše snažit dělat správně a bezchybně. Postupem času se může ale stát, že zapomene sama na sebe, což se projeví únavou, vyčerpáním nebo až syndromem vyhoření, se kterým se můžeme setkat v pomáhajících profesích. Tomu všemu by se mělo předcházet, a to dostatečným odpočinkem, ať už psychickým nebo fyzickým a dostatečnou komunikací. Pečující by neměl být na péči sám, měl by vše brát tak jak to je

a nedělat si plané naděje a podobně. Pomoc nemocnému i jeho rodině jde díky využití služeb, jako je například respitní péče nebo právě již zmiňovaná domácí péče.

Před zahájením domácí péče musí sestra získat důležité informace o funkci rodiny, jelikož „zdravá“ rodina je první předpoklad a záruka, že klient může zůstat ve svém vlastním sociálním prostředí. Zdravou rodinou je myšleno, že si její členové navzájem pomáhají, nebrání si v osobním rozvoji, vztahy jsou efektivně uzpůsobeny, zaujímají aktivní přístup k řešení problémů, vedou zdravý způsob života a žijí ve vhodném domácím prostředí. Sestra rodinu navštíví a vyšetří, zaměří se na strukturu rodiny, ekonomickou situaci, komunikaci a zjistí, zda v rodině proběhly v poslední době nějaké změny, které by ji ovlivnily. Dále se zajímá o to, jestli rodina spolupracuje, kdo v ní rozhoduje, zda mají podporu přátel, církve, a odebere anamnézu poskytování zdravotní péče. (Marková, 2009)

Dobrá spolupráce pracovníků domácí péče, ošetřujícího lékaře, samotného klienta a jeho rodiny je základ pro poskytování kvalitní domácí péče.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaným souborem pro mojí bakalářskou práci s názvem „Home care – odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta“, byla laická veřejnost, která byla náhodně vybrána v kraji Vysočina. Šlo o občany některých obcí (Veselí, Věstín a Rovečné) v tomto kraji a pacienty hospitalizovány v krajské nemocnici Nové Město na Moravě.

3.2 Metody práce

K výzkumu jsem si zvolila kvantitativní metodu, tj. metodu dotazníkového šetření. Ukázka dotazníku je uvedena v příloze mé bakalářské práce. Výzkum proběhl v době od 20.2.2010 do 2.3.2010.

3.2.1 Dotazník

Dotazník je explorační výzkumná metoda. Informace do dotazníku jsou získávány prostřednictvím výpovědí zkoumaných osob (respondentů). Skládá se z prvků tzv. dotazníkových položek. Každá položka se skládá z části otázkové a odpovědní. (Farkašová, 2002)

V dotazníku jsou položeny otázky uzavřené (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 22), polootevřené (14, 15, 17) i otevřené (6, 9, 21). Dotazník je zcela anonymní, obsahuje úvod a dále 22 otázek (položek). Úvod v dotazníku poskytuje respondentům základní informace jako například: oslovení respondentů, seznámení s tématem bakalářské práce a pokyny k vyplnění. Poté následují otázky, které jsou zaměřeny na samotné šetření.

3.2.2 Charakteristika položek

První čtyři položky mají pouze informativní charakter, zjišťují základní informace o respondentech jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a zda respondenti pracují, případně jsou vzděláni v oboru zdravotnictví. Otázky číslo 5, 6, 7, 8 zjišťují zda respondenti slyšeli o domácí péči, co si pod tímto pojmem dokáží představit a zda znají klienty těchto agentur, či alespoň jednu agenturu, která sídlí v jejich okolí. Otázka číslo 9 zjišťuje osobní zkušenosti s agenturami domácí péče. Otázky číslo 10 a 11 se zabývají formami a službami domácí péče u nás. Otázka číslo 12, 13, 14 zjišťuje komu a kdo poskytuje domácí péči

a zda je poskytována na předpis lékaře. Položky číslo 15, 16, 17, 18 se zabývají nadstandardními službami, ale i financováním domácí péče v České republice. Další položky číslo 19 a 20 řeší zapůjčování pomůcek a dostupnost domácí péče. Výhodami a indikací zavedení domácí péče se zabývají položky číslo 21 i 22.

3.3 Organizace šetření

Předtím než proběhlo samotné šetření, byl jako první sestaven dotazník, který jsem průběžně konzultovala se svojí vedoucí bakalářské práce. Po konzultaci jsem provedla nezbytné úpravy a poté realizovala pilotní studii. V rámci pilotní studie bylo rozdáno celkem třináct dotazníků. Na základě pilotní studie jsem zjistila, že respondenti otázkám rozuměli, a proto nebylo třeba dalších úprav. Jen u jedné otázky byla opravena velikost písma. Výsledky byly zaslány vedoucí bakalářské práce, která mi dala svůj souhlas k tisku a rozdání dotazníků. Průzkum trval asi čtrnáct dní a probíhal koncem měsíce února. Dotazníky byly rozdány v kraji Vysočina, a to v obcích a nemocnici Nové město na Moravě. Distribuci dotazníků v této nemocnici předcházela žádost o umožnění dotazníkového šetření, která mi byla s ochotou podepsána. Distribuci dotazníků jsem si zajistila sama, se sběrem mi pomohli rodiče. Celkem bylo rozdáno 105 dotazníků a během rozdávání se nevyskytly žádné větší obtíže, respondenti se zájmem dotazníky vyplnili, ale neskrývali obavy z toho, že o daném tématu příliš informováni nejsou. Proto se domnívám, že díky slíbené anonymitě jsem měla velkou návratnost. Poté následovalo třídění, zpracování a vyhodnocení získaných dat. Návratnost byla 94 %, to je 99 dotazníků.

3.4 Cíle práce

Cílem praktické části je:

- zjistit, zda je laická veřejnost informována o fungování agentur domácí péče v České republice,
- zjistit, zda je laická veřejnost informována o službách agentur domácí péče v České republice,
- zjistit, zda je laická veřejnost informována o financování agentur domácí péče v České republice,

- zjistit, zda je laická veřejnost informována o dostupnosti agentur domácí péče v České republice,
- vytvořit informační leták, za účelem zvýšení informovanosti o agenturách domácí péče v České republice.

3.5 Zpracování získaných dat

Celkem jsem vyhodnotila 99 dotazníků. Zpracovaná a získána data byla uspořádána v Microsoft Excel do tabulek četností a pro zpřehlednění jsem všechny položky znázornila i graficky pomocí grafů.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří zvolili stejnou odpověď v každé otázce.

Relativní četnost je udána v procentech.

4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

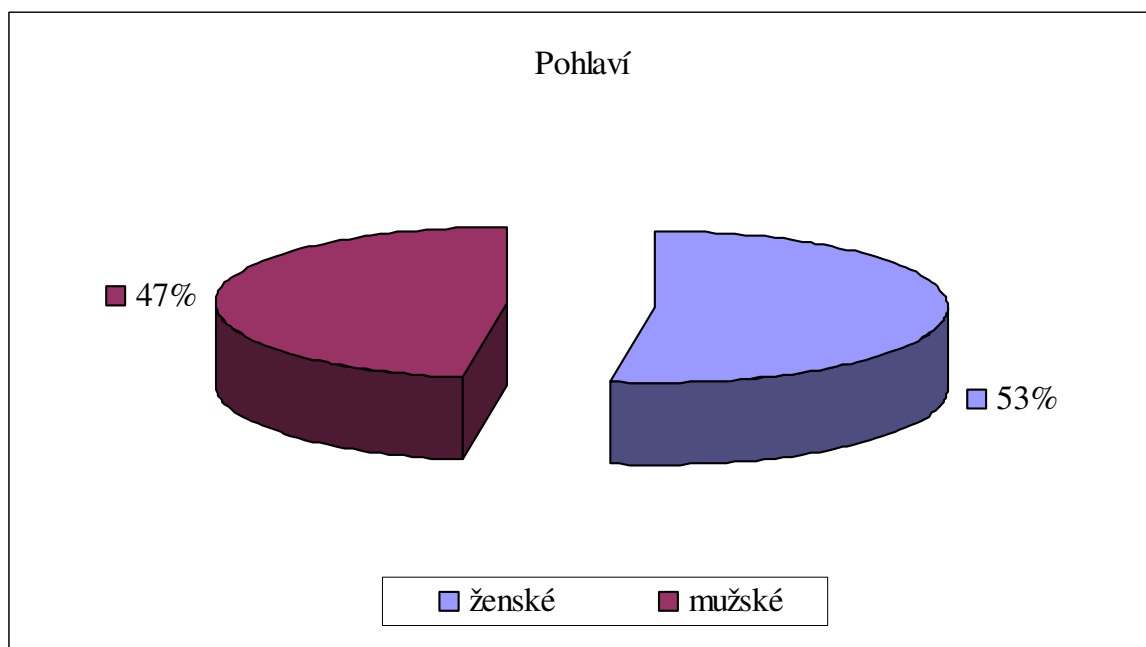
4.1 Výsledky vyhodnocení dotazníkového šetření

Otázka č. 1

Pohlaví

- a) ženské
- b) mužské

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) ženské	52	52,53
b) mužské	47	47,47
Celkem	99	100,00

Komentář k otázce č. 1:

První otázkou v dotazníku bylo zjišťováno pohlaví respondentů. Z celkového počtu 99 respondentů bylo 52 (52,53 %) žen a 47 (47,47 %) mužů.

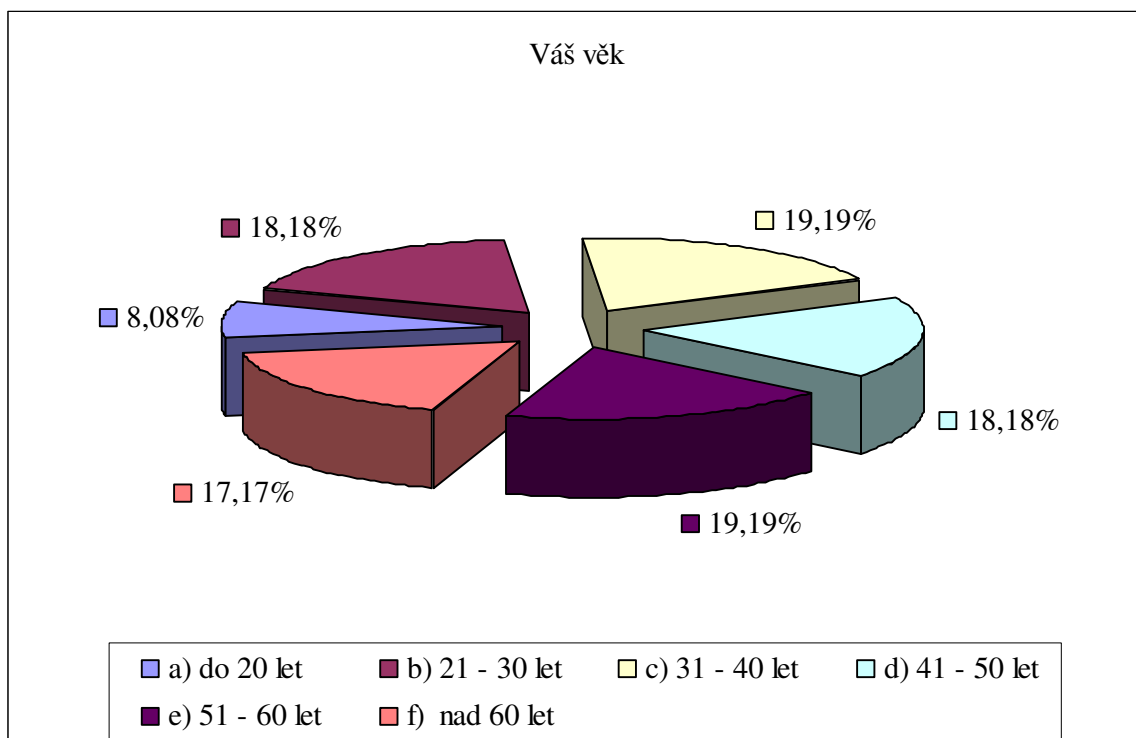
Pohlaví respondentů bylo relativně vyrovnané.

Otázka č. 2:

Váš věk

- a) do 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) nad 60 let

Graf č. 2: Věk respondentů



Tabulka č. 2: Věk respondentů

Váš věk	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) do 20 let	8	8,08
b) 21 - 30 let	19	19,19
c) 31 - 40 let	19	19,19
d) 41 - 50 let	17	17,17
e) 51 - 60 let	18	18,18
f) nad 60 let	18	18,18
Celkem	99	100,00

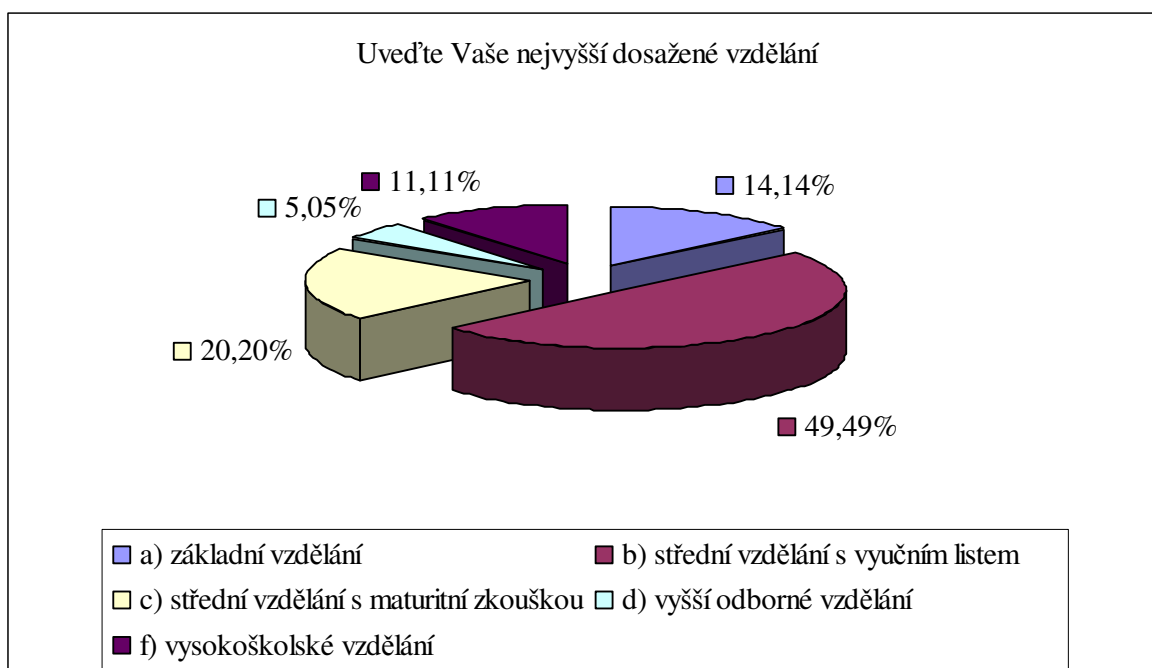
Komentář k otázce č. 2:

Druhá otázka byla zaměřena na věk respondentů. Z grafu vyplývá, že věkové zastoupení respondentů bylo následující: 8 (8,08 %) respondentů bylo mladší 20 let, nejvíce bylo respondentů ve věku 21-30 let a 31-40 let, a to po 19 (19,19 %) respondentech, 17 (17,17 %) dotazovaných bylo ve věku 41-50 let a dále 18 (18,18 %) dotazovaných bylo shodně ve věku 51-60 let a nad 60 let.

Věkové zastoupení bylo relativně vyrovnané.

Otázka č. 3:**Uveďte vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) základní vzdělání
- b) střední vzdělání s výučním listem
- c) střední vzdělání s maturitní zkouškou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské vzdělání

Graf č. 3: Vzdělání respondentů**Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů**

Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) základní vzdělání	14	14,14
b) střední vzdělání s výučním listem	49	49,49
c) střední vzdělání s maturitní zkouškou	20	20,20
d) vyšší odborné vzdělání	5	5,05
e) vysokoškolské vzdělání	11	11,11
Celkem	99	100,00

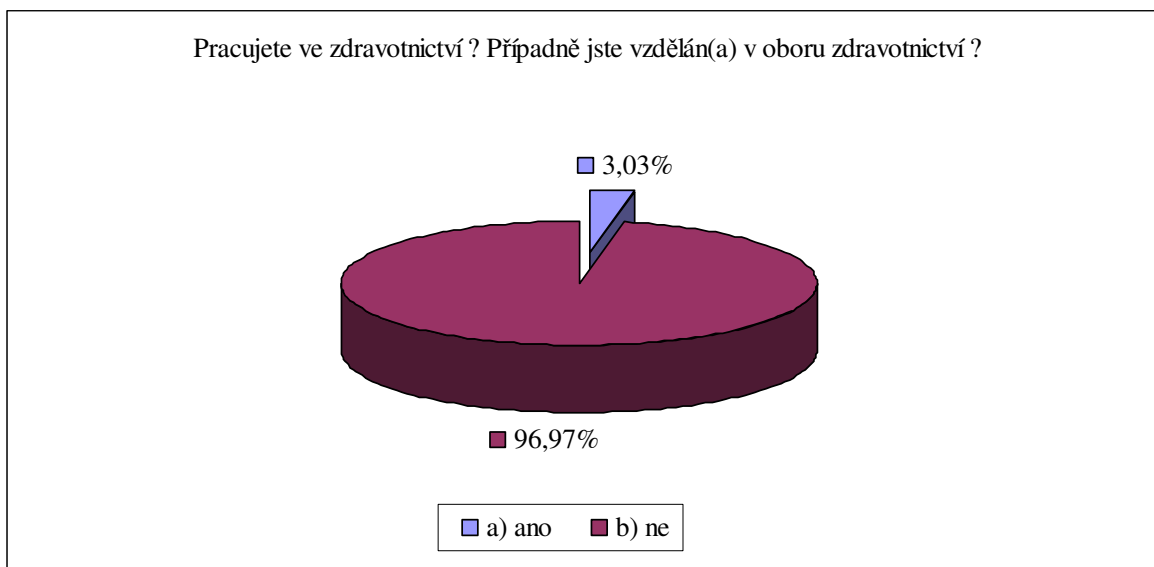
Komentář k otázce č. 3:

Otázka číslo tři zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných respondentů. Základní vzdělání udalo 14 (14,14 %) respondentů, střední vzdělání s výučním listem uvedlo 49 (49,49 %) respondentů. 20 (20,20 %) respondentů má střední vzdělání s maturitní zkouškou, vyšší odborné vzdělání potvrdilo 5 (5,05 %) respondentů a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 11 (11,11 %) dotazovaných.

Jako nejvyšší dosažené vzdělání respondenti volili nejčastěji střední vzdělání s výučním listem. Je to dáno nedávnou historií našeho národa a tehdejším životním trendem. Domnívám se, že kdybych toto šetření prováděla o pár let později, zastoupení vyššího odborného vzdělání a vysokoškolského by bylo mnohem větší.

Otázka č. 4:**Pracujete ve zdravotnictví? Případně jste vzdělán(a) v oboru zdravotnictví?**

- a) ano
- b) ne

Graf č. 4: Vzdělání, zaměstnání respondentů v oboru zdravotnictví**Tabulka č. 4: Vzdělání, zaměstnání respondentů v oboru zdravotnictví**

Pracujete ve zdravotnictví? Případně jste vzdělán(a) v oboru zdravotnictví?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) ano	3	3,03
b) ne	96	96,97
Celkem	99	100,00

Komentář k otázce č. 4:

Z celkového počtu 99 respondentů byli 3 (3,03 %) pracující ve zdravotnictví nebo vzděláni v oboru zdravotnictví, 96 (96,97 %) dotazovaných nikoli.

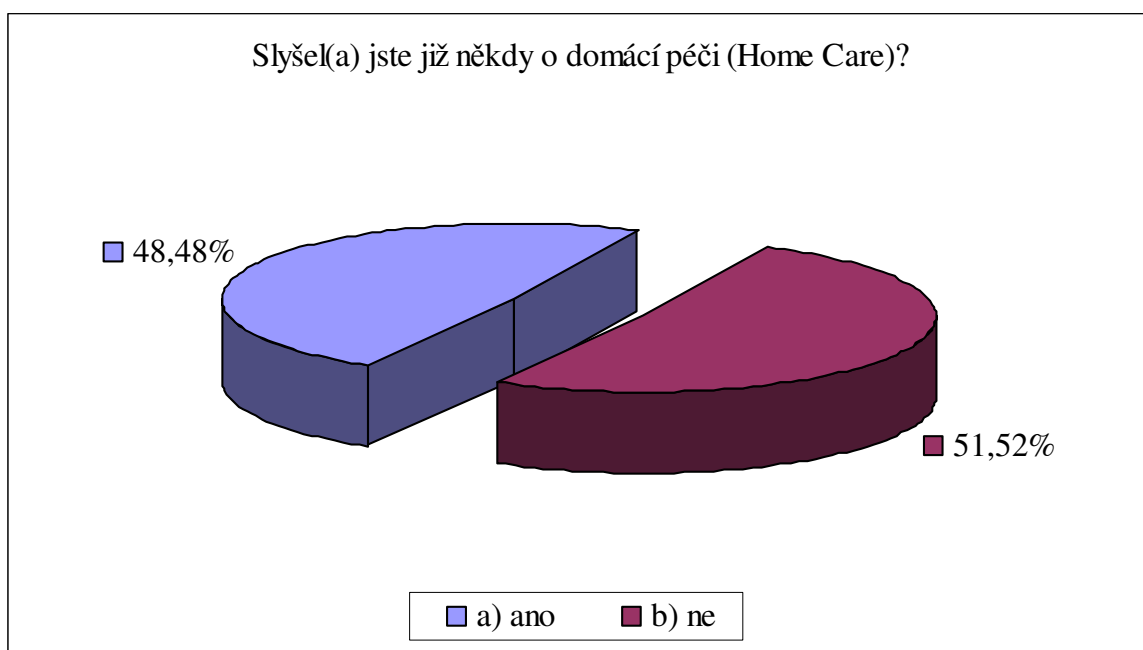
Podářilo se mi tedy oslovit převážně laickou veřejnost.

Otázka č. 5:

Slyšel(a) jste již někdy o domácí péči (Home care)?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 5: Slyšeli respondenti o domácí péči?



Tabulka č. 5: Slyšeli respondenti o domácí péči?

Slyšel(a) jste již někdy o domácí péči (Home care)?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) ano	48	48,48
b) ne	51	51,52
Celkem	99	100,00

Komentář k otázce č. 5:

Otázku, jestli respondenti již někdy slyšeli o domácí péči, zobrazuje graf číslo 5. Z grafu je patrné, že 48 (48,48 %) respondentů o domácí péči již slyšelo, ale 51 (51,52 %) o domácí péči ještě neslyšelo.

Pouze polovina respondentů zná a slyšela o domácí péči, což mne velmi překvapilo. Z historie víme, že už od roku 1990 vznikaly v České republice první agentury domácí péče a přesto po více než 20 letech je informovanost o jejich existenci jen u 48 % oslovených dotazovaných.

*Otázka č. 6:***Co si pod pojmem domácí péče představujete?***Komentář k otázce č. 6:*

V této otázce měli respondenti doplnit, co si pod pojmem domácí péče představují.

Respondenti uvedli nejčastěji tyto odpovědi:

- Jde o péči o člověka v domácím prostředí – 35 respondentů (36 %),
- Péče o staré lidi - 10 respondentů (10 %),
- Pomoc a péče o nemocné - 16 respondentů (16 %),
- Nevím - 12 respondentů (12 %),
- Nevyplněno - 7 respondentů (7 %).

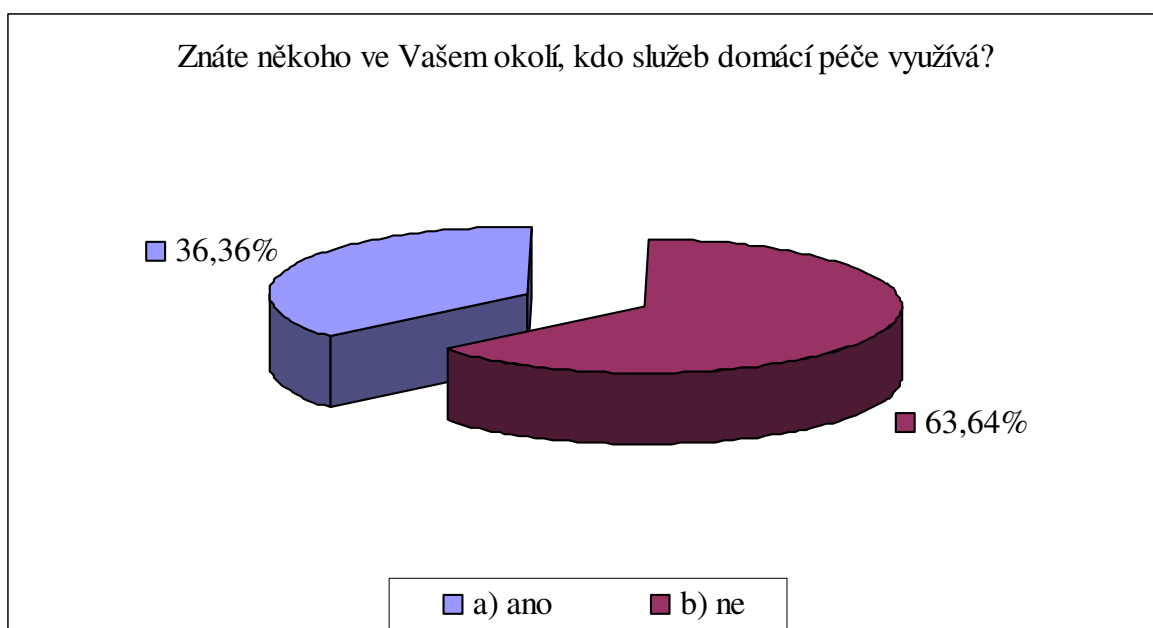
Většina respondentů na tuto otázku odpověděla velmi stručně, ale ne všichni respondenti byli schopni na tuto otázku odpovědět.

Otázka č. 7:

Znáte někoho ve vašem okolí, kdo služeb domácí péče využívá?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 6: Znají respondenti někoho, kdo služeb domácí péče využívá?



Tabulka č. 6: Znají respondenti někoho, kdo služeb domácí péče využívá?

Znáte někoho ve Vašem okolí, kdo služeb domácí péče využívá?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) ano	36	36,36
b) ne	63	63,64
Celkem	99	100,00

Komentář k otázce č. 7:

Z 99 (100 %) respondentů 36 (36,36 %) domácí péči zná, ale 63 (63,64 %) respondentů zvolilo odpověď v níž uvádí, že neví o nikom, kdo těchto služeb využívá.

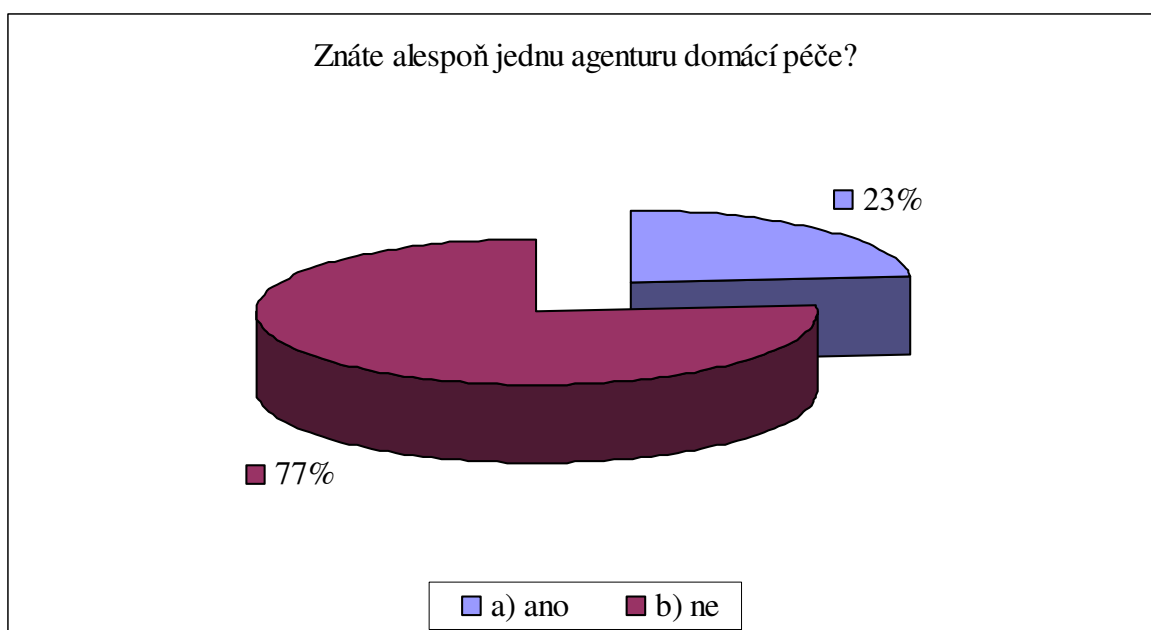
Výsledky ukazují, že ze 48,48 % respondentů, kteří se někdy s pojmem domácí péče setkali, 36,36 % respondentů ví o někom, kdo služeb domácí péče využívá.

Otázka č. 8:

Znáte alespoň jednu agenturu domácí péče?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 7: Znají respondenti alespoň jednu agenturu domácí péče?



Tabulka č. 7: Znají respondenti alespoň jednu agenturu domácí péče?

Znáte alespoň jednu agenturu domácí péče?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) ano	23	23,23
b) ne	76	76,77
Celkem	99	100,00

Komentář k otázce č. 8:

Graf číslo 8 popisuje, zda jsou respondenti informováni o existenci agentur domácí péče ve svém okolí, či v České republice. 23 (23,23%) respondentů ví, kde by agenturu domácí péče hledali, ale větší část 76 (76,77 %) neví o existenci agentury domácí péče v okolí svého bydliště či na území České republiky.

Což je překvapivě velmi málo, jelikož po celé České republice funguje k roku 2005 bezmála kolem 500 agentur domácí péče (novější data nejsou k dispozici). Po celém okolí Žďár nad Sázavou je minimálně pět agentur domácí péče. A funguje zde i Oblastní charita Žďár nad Sázavou. Z výsledků vyplývá, že lidé nejsou dostatečně informováni o možnosti této pomoci a existenci agentur domácí péče.

*Otázka č. 9***Máte osobní zkušenosti s agenturami domácí péče? Jaké?***Komentář k otázce č. 9:*

V další otázce měli respondenti doplnit, zda mají vlastní zkušenosti s agenturami domácí péče.

Respondenti odpověděli takto:

- Ano, mám zkušenosti s poskytováním domácí péče - 3 respondenti (3 %).
- nemám žádné zkušenosti s poskytováním domácí péče - 89 respondentů (89 %).
- nevypsáno - 7 respondentů (7 %).

Pokud máte zkušenosti s poskytováním domácí péče uveďte, prosím, jaké (odpovědi byly doslovně přepsány):

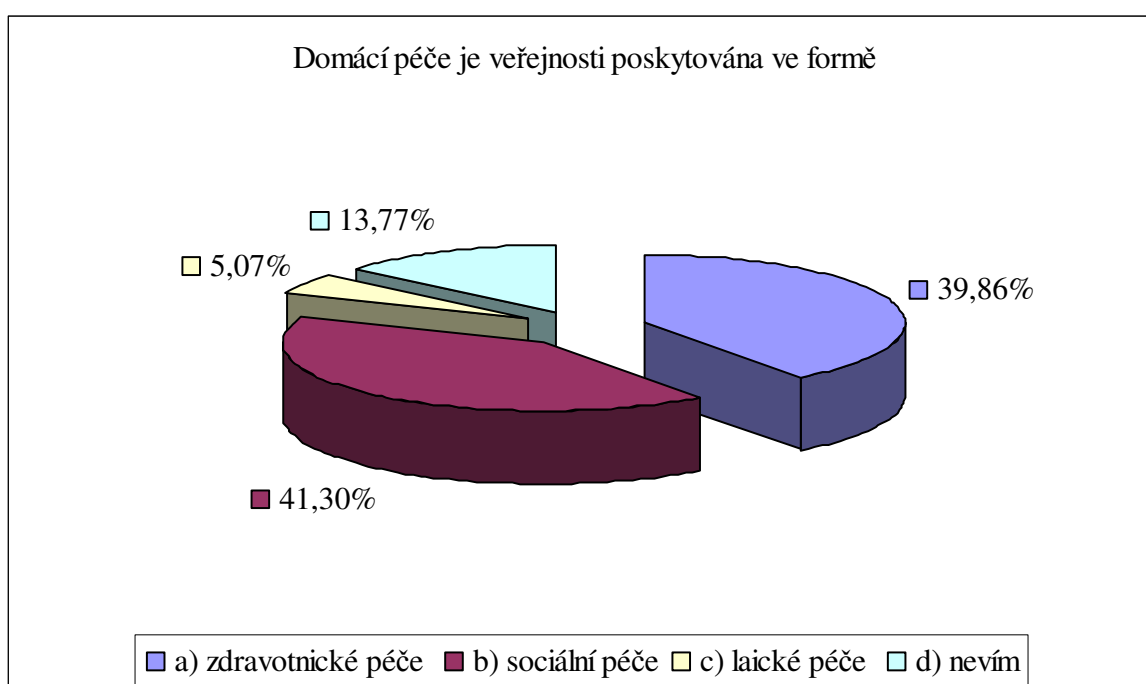
- „Dobré.“
- „Zajištění stravování, podávání léků, dovoz do různých zařízení.“
- „Pomoc s péčí o matku po CMP. S pomocí pečovatelské služby a především charity šlo péči zvládnout při chození do práce.“

Otázka č. 10:

Domácí péče je veřejnosti poskytována ve formě:

- a) zdravotnické péče
- b) sociální péče
- c) laické péče
- d) nevím

Graf č. 8: Formy domácí péče v České republice



Tabulka č. 8: Formy domácí péče v České republice

Domácí péče je veřejnosti poskytována ve formě	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) zdravotnické péče	55	39,86
b) sociální péče	57	41,30
c) laické péče	7	5,07
d) nevím	19	13,77
Celkem	138	100,00

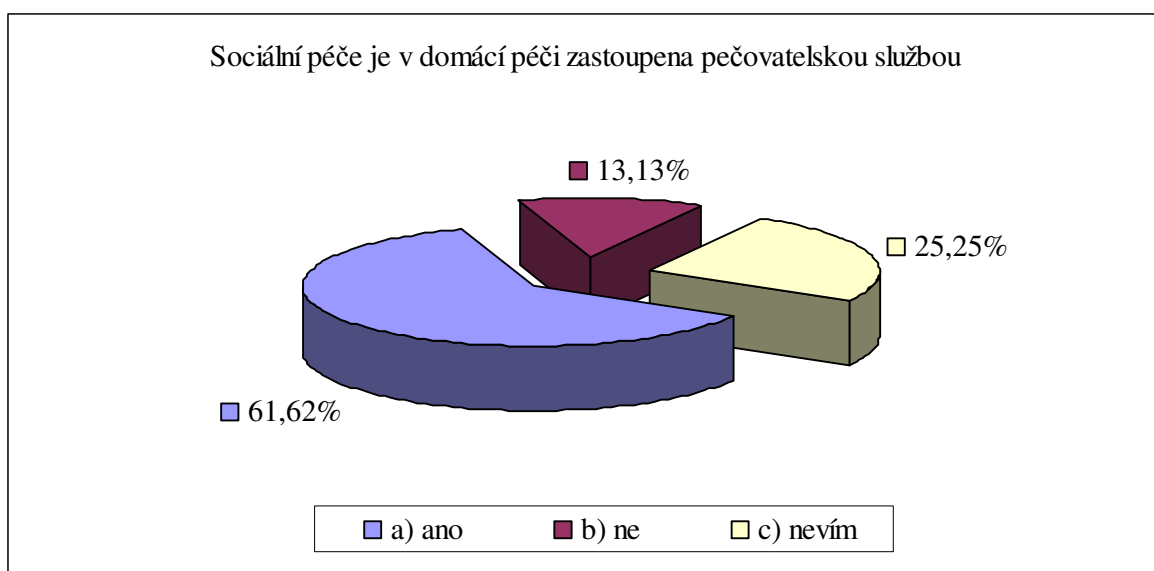
Komentář k otázce č. 10:

Formy domácí péče poskytované veřejnosti v České republice zobrazuje graf číslo 10. Respondenti měli možnost zvolit více správných odpovědí. 55 (39,86 %) respondentů volilo zdravotní péči, nejvíce volili odpověď b) tj. 57 (41,30 %) respondentů se domnívá, že je to sociální péče a 7 (5,07 %) uvedlo laickou péči. 19 (13,77 %) respondentů neví, jaká forma domácí péče se na našem území poskytuje.

Lidé znají domácí péči pouze jako odbornou zdravotní, nebo jako sociální péči. O existenci laické péče ví velmi málo dotazovaných, ale přesto je velká část respondentů, kteří nemají žádnou představu, jaké formy domácí péče se v České republice vyskytují.

*Otázka č. 11:***Sociální péče je v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou:**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Graf č. 9: Zastoupení sociální péče pečovatelskou službou v České republice**Tabulka č. 9: Zastoupení sociální péče pečovatelskou službou v České republice**

Sociální péče je v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) ano	61	61,62
b) ne	13	13,13
c) nevím	25	25,25
Celkem	99	100,00

Komentář k otázce č. 11:

Na grafu číslo 11 je zobrazeno mínění respondentů na otázku, zda je sociální péče v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou. Nejvíce, a to 61 (61,62 %) respondentů volilo odpověď ano, ne volilo 13 (13,13 %) dotazovaných a 25 (24,25 %) respondentů nevědělo jak na tuto otázku odpovědět.

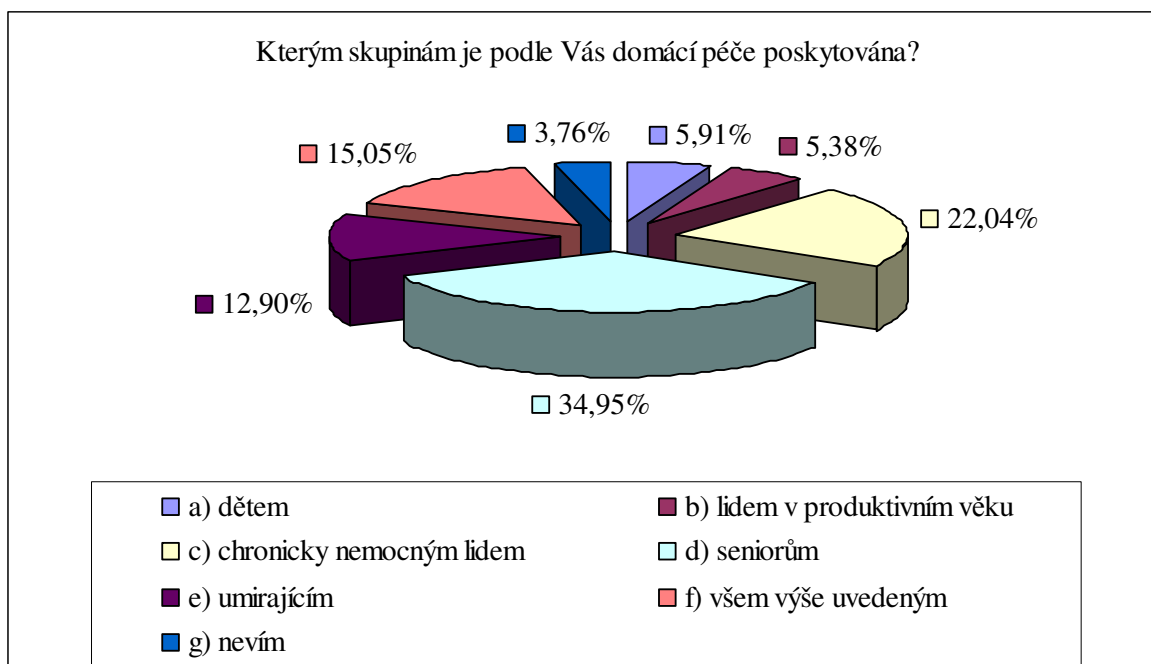
Většina respondentů ví o zastoupení sociální péče v domácí péči pečovatelskou službou, ale stále 38,38 % zvolilo odpověď ne nebo nevím. Je to dáno nedostatečnou informovaností a malou propagací těchto služeb.

Otázka č. 12:

Kterým skupinám je podle Vás domácí péče poskytována?

- a) dětem
- b) lidem v produktivním věku
- c) chronicky nemocným lidem
- d) seniorům
- e) umírajícím
- f) všem výše uvedeným
- g) nevím

Graf č. 10: Kterým skupinám je domácí péče poskytována?



Tabulka č. 10: Kterým skupinám je domácí péče poskytována?

Kterým skupinám je podle Vás domácí péče poskytována?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) dětem	11	5,91
b) lidem v produktivním věku	10	5,38
c) chronicky nemocným lidem	41	22,04
d) seniorům	65	34,95
e) umírajícím	24	12,90

f) všem výše uvedeným	28	15,05
g) nevím	7	3,76
Celkem	186	100,00

Komentář k otázce č. 12:

V této otázce bylo možné zakroužkovat více správných odpovědí. Jak je znázorněno v tabulce i grafu respondenti nejvíce volili odpověď seniorům, a to 65 (34, 95 %). Druhou nejčastější odpovědí byli chronicky nemocní 41 (22,04 %), pouze 28 respondentů (15,05 %) zvolilo správně, tj. že všechny možné odpovědi jsou správné. Dále 24 respondentů (12,90 %) tvrdí, že služby se poskytují umírajícím. Odpověď a) zvolilo 11 respondentů (5,91 %), 10 (5,38 %) respondentů si myslí, že péče je poskytována lidem v produktivním věku a 4 (3,76 %) respondenti nevěděli na tuto otázku odpověď.

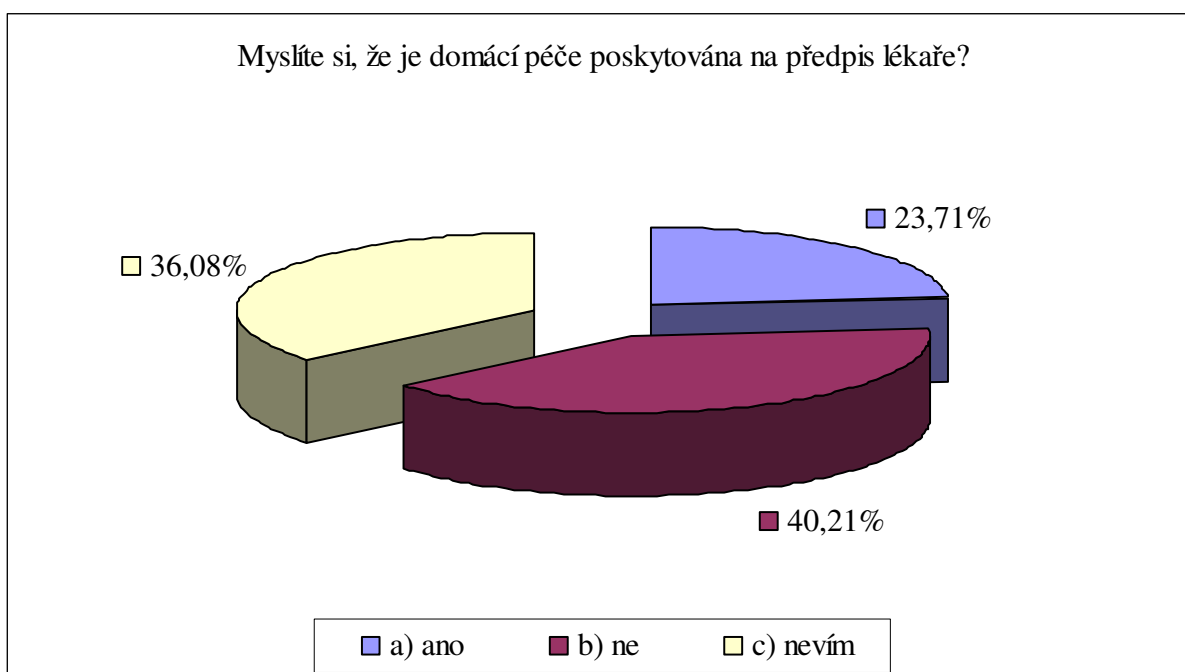
Lidé si domácí péči spojují většinou se seniory. Málo kdo je informován o možnosti poskytování této péče i dětem, umírajícím. Je to dáno mylnou představou o potřebě odborné pomoci ve specializovaných zařízeních. Domácí péče je poskytována všem věkovým skupinám bez rozdílu na věk, rasu, pohlaví apod.

Otázka č. 13:

Myslíte si, že je domácí péče poskytována na předpis lékaře?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Graf č. 11: Poskytování domácí péče na předpis lékaře



Tabulka č. 11: Poskytování domácí péče na předpis lékaře

Myslíte si, že je domácí péče poskytována na předpis lékaře?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) ano	23	23,71
b) ne	39	40,21
c) nevím	35	36,08
Celkem	97	100,00

Poznámka: V této otázce je absolutní četnost 97, protože ve dvou dotaznících nebylo možné posoudit správnou odpověď respondentů.

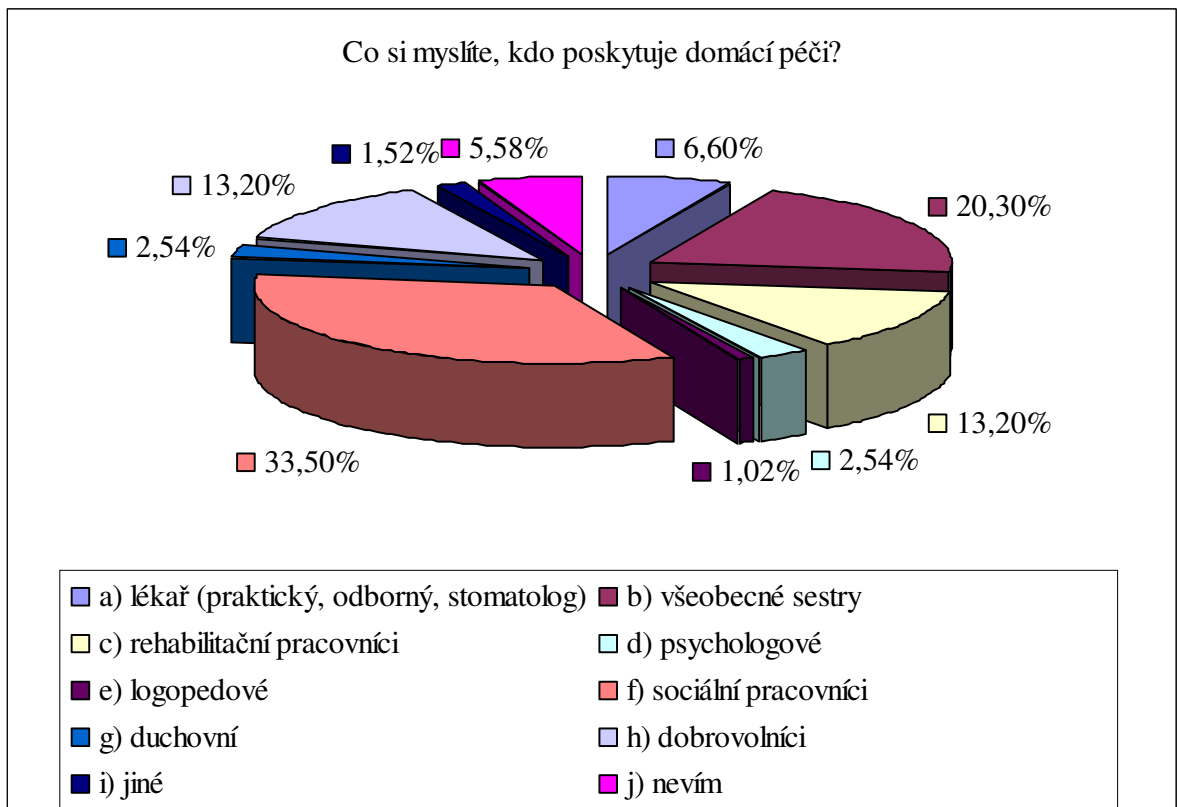
Komentář k otázce č. 13:

Graf číslo třináct zobrazuje mínění respondentů na otázku, je-li domácí péče poskytována na předpis lékaře. 24 (24,49 %) dotazovaných uvedlo, že domácí péče je poskytována na předpis lékaře. Odpověď ne uvedlo 39 (39,80 %) respondentů. Zda je domácí péče poskytována na předpis lékaře, neví 35 (35,71 %) respondentů.

Z výsledků vyplývá, že zdravotničtí pracovníci nepodávají dostatek informací o možnosti poskytování domácí péče. Respondenti z větší části nemají tušení o existenci této možnosti péče a pomoci.

Otázka č. 14:**Co si myslíte, kdo poskytuje domácí péči?**

- a) lékař (praktický, odborný, stomatolog)
- b) všeobecné sestry
- c) rehabilitační pracovníci
- d) psychologové
- e) logopedové
- f) sociální pracovníci
- g) duchovní
- h) dobrovolníci
- i) jiní, uveďte:
- j) nevím

Graf č. 12: Poskytovatelé domácí péče

Tabulka č. 12: Poskytovatelé domácí péče

Co si myslíte, kdo poskytuje domácí péči?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) lékař (praktický, odborný, stomatolog)	13	6,60
b) všeobecné sestry	40	20,30
c) rehabilitační pracovníci	26	13,20
d) psychologové	5	2,54
e) logopedové	2	1,02
f) sociální pracovníci	66	33,50
g) duchovní	5	2,54
h) dobrovolníci	26	13,20
i) jiní	3	1,52
j) nevím	11	5,58
Celkem	197	100,00

Komentář k otázce č. 14:

Kdo podle respondentů poskytuje domácí péči, je znázorněno na grafu číslo 14. 13 (6,60 %) respondentů zvolilo odpověď lékaři, 40 (20,30 %) všeobecné sestry, 26 (13,20 %) rehabilitační pracovníky. 5 respondentů (2,54 %) zmínilo psychology, 2 (1,02 %) logopedy, sociální pracovníky uvedla většina, tj. 66 (33,50 %) respondentů. Podle 5 (2,52 %) respondentů poskytují domácí péči duchovní, 26 (13,20 %) respondentů si myslí, že dobrovolníci a možnosti „jiní“ respondenti doplnili speciálně vyškolené pracovníky, a rodinné příslušníky. 11 (5,58 %) respondentů uvedlo, že nevědí, kdo poskytuje domácí péči.

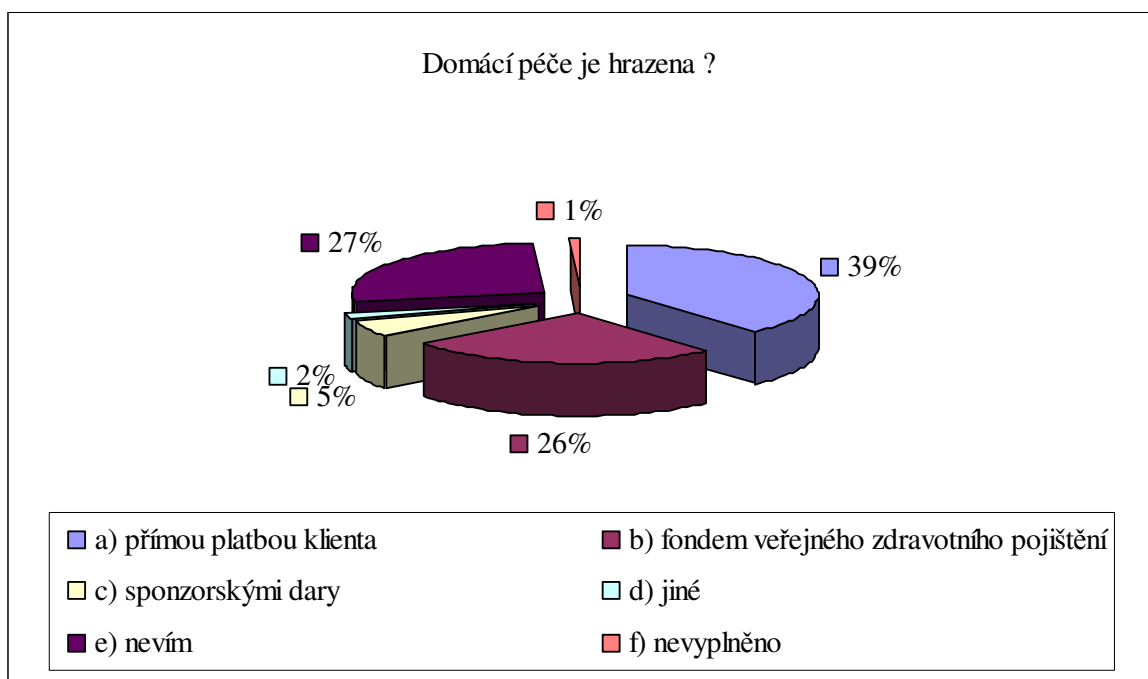
Respondenti znají domácí péči většinou jako sociální péči a pomoc nebo odbornou zdravotní péči, proto v této otázce převažovaly odpovědi sociální pracovníci a všeobecné sestry. I přes velký výběr možných správných odpovědí, se v této otázce našli i tací, kteří nevybrali žádnou z možností a raději zvolili odpověď nevím.

Otázka č. 15:

Domácí péče je hrazena:

- a) přímou platbou klienta
- b) fondem veřejného zdravotního pojištění
- c) sponzorskými dary
- d) jiné, uveďte:
- e) nevím

Graf č. 13: Financování domácí péče dle respondentů



Tabulka č. 13: Financování domácí péče dle respondentů

Domácí péče je hrazena?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) přímou platbou klienta	51	38,35
b) fondem veřejného zdravotního pojištění	35	26,32
c) sponzorskými dary	7	5,26
d) jiné	3	2,26
e) nevím	36	27,07
f) nevyplněno	1	0,75
Celkem	133	100,00

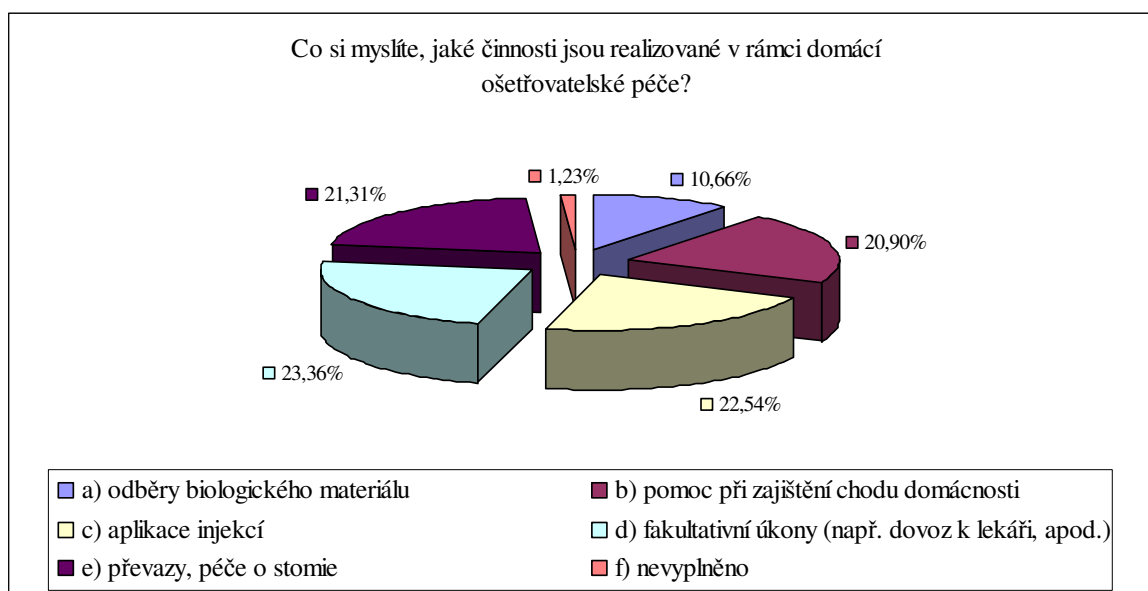
Komentář k otázce č. 15:

Tato otázka se týká úhrady domácí péče. I v této otázce bylo možno zvolit více správných odpovědí. 51 (38,35 %) respondentů se domnívá, že je hrazena přímou platbou klienta, 35 (26,32 %) volilo fond veřejného zdravotnictví, 7 (5,26 %) respondentů uvedlo sponzorské dary, nejméně respondenti volili odpověď „jiné“ a uvedli odpověď: obce, města a sociální dávky klienta. Velká část respondentů zvolila odpověď „nevím“ 36 (27,07 %) a 1 respondent (0,75 %) se k této otázce nevyjádřil.

Rozdíly v odpovědích jsou s největší pravděpodobností dány malou zkušeností i nedostatečnou informovaností laické veřejnosti o domácí péči.

*Otázka č. 16:***Co si myslíte, jaké činnosti jsou realizované v rámci domácí ošetrovatelské péče?**

- a) odběry biologického materiálu
- b) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- c) aplikace injekcí
- d) fakultativní úkony (např. dovoz k lékaři, apod.)
- e) převazy, péče o stomie

Graf č. 14: Činnosti realizované v rámci domácí ošetrovatelské péče dle respondentů**Tabulka č. 14: Činnosti realizované v rámci domácí ošetrovatelské péče dle respondentů**

Co si myslíte, jaké činnosti jsou realizované v rámci domácí ošetrovatelské péče?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) odběry biologického materiálu	26	10,66
b) pomoc při zajištění chodu domácnosti	51	20,90
c) aplikace injekcí	55	22,54
d) fakultativní úkony (např. dovoz k lékaři, apod.)	57	23,36
e) převazy, péče o stomie	52	21,31
f) nevyplněno	3	1,23
Celkem	244	100,00

Komentář k otázce č. 16:

V této otázce bylo možné zvolit více správných odpovědí. Za činnosti realizované v rámci domácí ošetrovatelské péče respondenti považují odběry biologického materiálu 26 (10,66 %), pomoc při zajištění chodu domácnosti 51 (20,90 %), aplikaci injekcí zvolilo 55 (22,54 %) respondentů. Nejčastěji byla volena odpověď fakultativní úkony 57 (23,36 %), převazy zvolilo 52 (21,31 %) dotazovaných a 3 (1,23 %) respondenti tuto otázku nevyplnili.

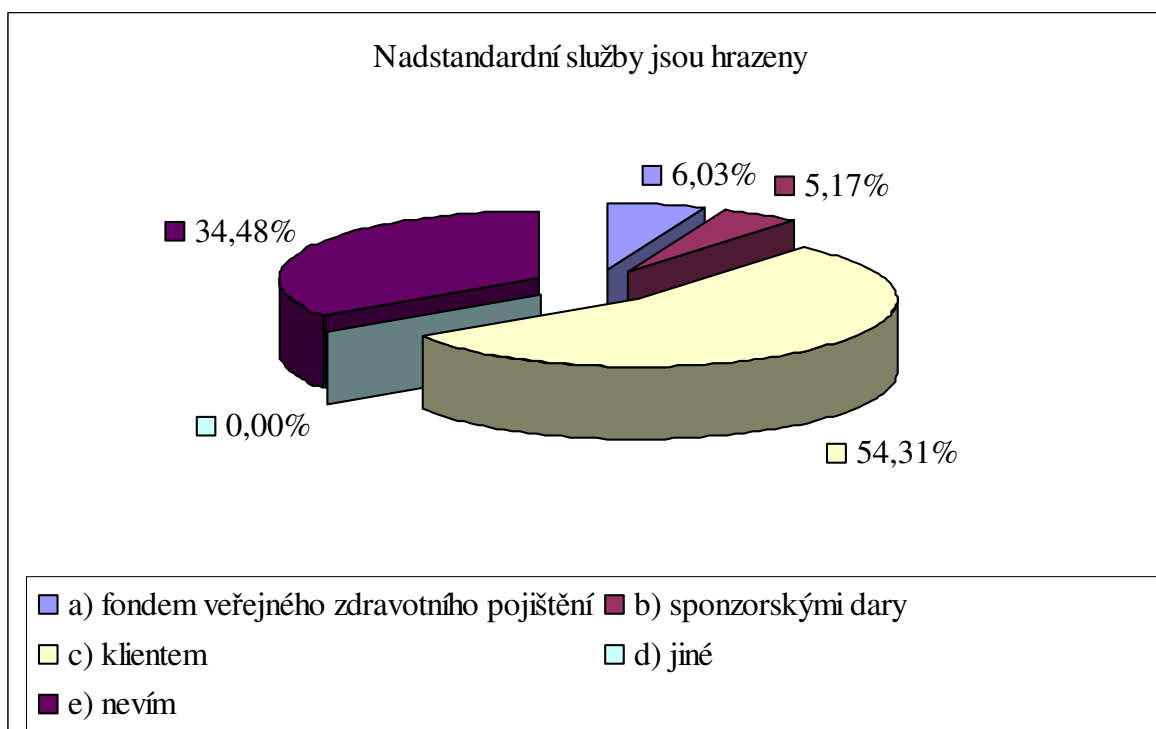
Výsledky opět ukazují, že respondenti zaměřují domácí zdravotní péči a sociální péči.

Otázka č. 17:

Nadstandardní služby jsou hrazeny:

- a) přímou platbou klienta
- b) fondem veřejného zdravotního pojištění
- c) sponzorskými dary
- d) klientem
- e) jiné, uveďte:
- f) nevím

Graf č. 15: Hrazení nadstandardních služeb dle respondentů



Tabulka č. 15: Hrazení nadstandardních služeb dle respondentů

Nadstandardní služby jsou hrazeny	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) fondem veřejného zdravotního pojištění	7	6,03
b) sponzorskými dary	6	5,17
c) klientem	63	54,31
d) jiné	0	0,00

e) nevím	40	34,48
Celkem	116	100,00

Komentář k otázce č. 17:

Podle nejčastějšího názoru respondentů je domácí péče financována: 7 (6,03 %) respondentů se domnívá, že jde o fond veřejného zdravotnictví, sponzorské dary zvolilo 6 (5,17 %) respondentů a klientem 63 (54,31 %) dotazovaných. Odpověď „jiné“ nezvolil nikdo a 40 (34,48 %) respondentů odpovědělo nevím.

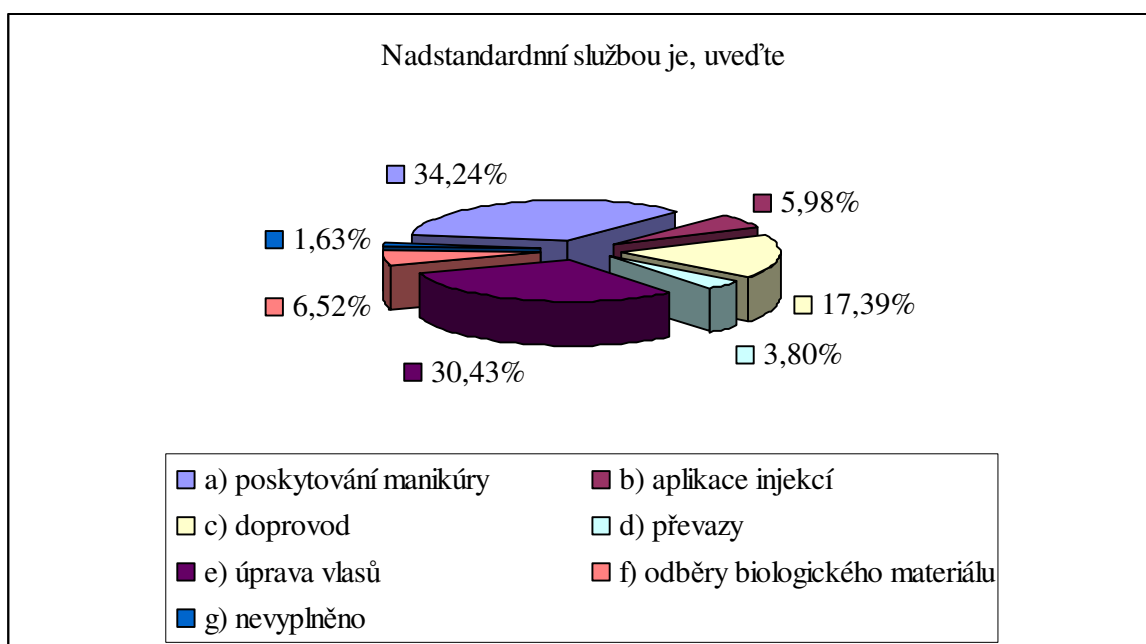
„Za nadstandardní služby se platí.“ Věta, která s největší pravděpodobností nejčastěji proběhla respondentům v hlavě při vyplňování této otázky, protože většina zvolila správnou odpověď. Ale i přesto velká část dotazovaných nemá představu o tom, jakým způsobem se za tyto služby platí.

Otázka č. 18:

Nadstandardní službou je, uveďte:

- a) poskytování manikúry
- b) aplikace injekcí
- c) doprovod
- d) převazy
- e) úprava vlasů
- f) odběry biologického materiálu

Graf č. 16: Nadstandardní služby dle respondentů



Tabulka č. 16: Nadstandardní služby dle respondentů

Nadstandardní službou je, uveďte	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) poskytování manikúry	63	34,24
b) aplikace injekcí	11	5,98
c) doprovod	32	17,39
d) převazy	7	3,80
e) úprava vlasů	56	30,43
f) odběry biologického materiálu	12	6,52

g) nevyplněno	3	1,63
Celkem	184	100,00

Komentář k otázce č. 18:

V této otázce bylo možné zvolit větší počet správných odpovědí. Za nadstandardní služby respondenti považují: 63 (34,24 %) poskytování manikúry, 11 (5,98) aplikaci injekcí, 32 (17,39 %) doprovod. 7 (3,80 %) respondentů uvedlo odpověď převazy, úpravu vlasů si vybralo 56 (30,43 %) respondentů a odběry biologického materiálu 12 (6,52 %) dotazovaných. 3 (1,63 %) dotazovaní na tuto otázku neznají odpověď.

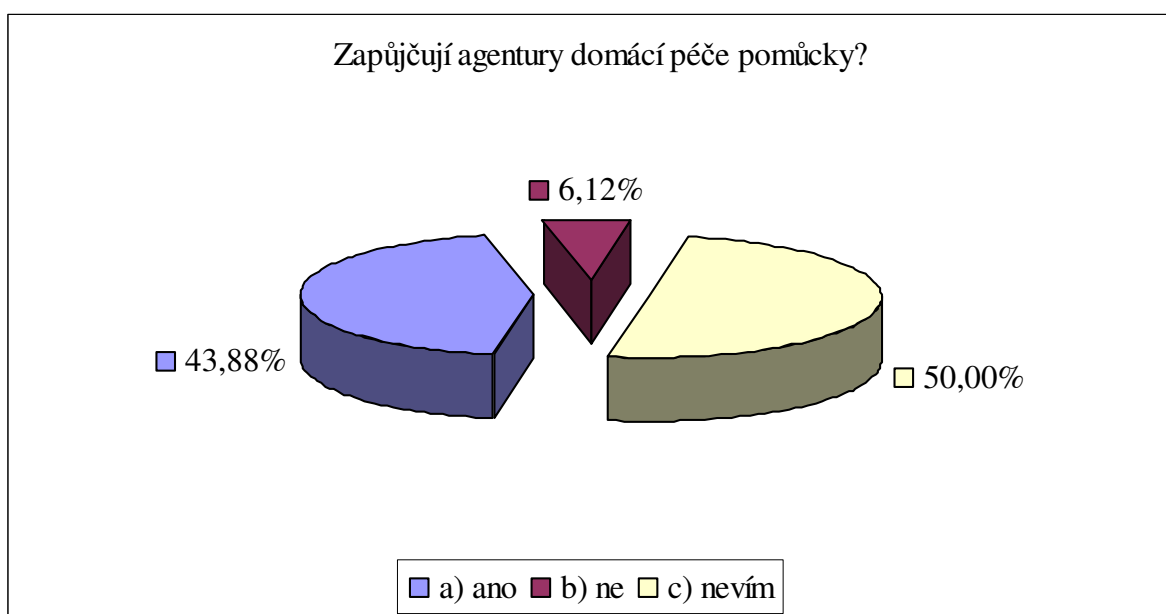
Většina respondentů správně zvolila služby, které patří mezi nadstandardní.

Otázka č. 19:

Zapůjčují agentury domácí péče pomůcky?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Graf č. 17: Zapůjčují agentury domácí péče pomůcky?



Tabulka č. 17: Zapůjčují agentury domácí péče pomůcky?

Zapůjčují agentury domácí péče pomůcky?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) ano	43	43,88
b) ne	6	6,12
c) nevím	49	50,00
Celkem	98	100,00

Poznámka: V této otázce je absolutní četnost pouze 98, protože v jedné otázce respondent špatně označil odpověď.

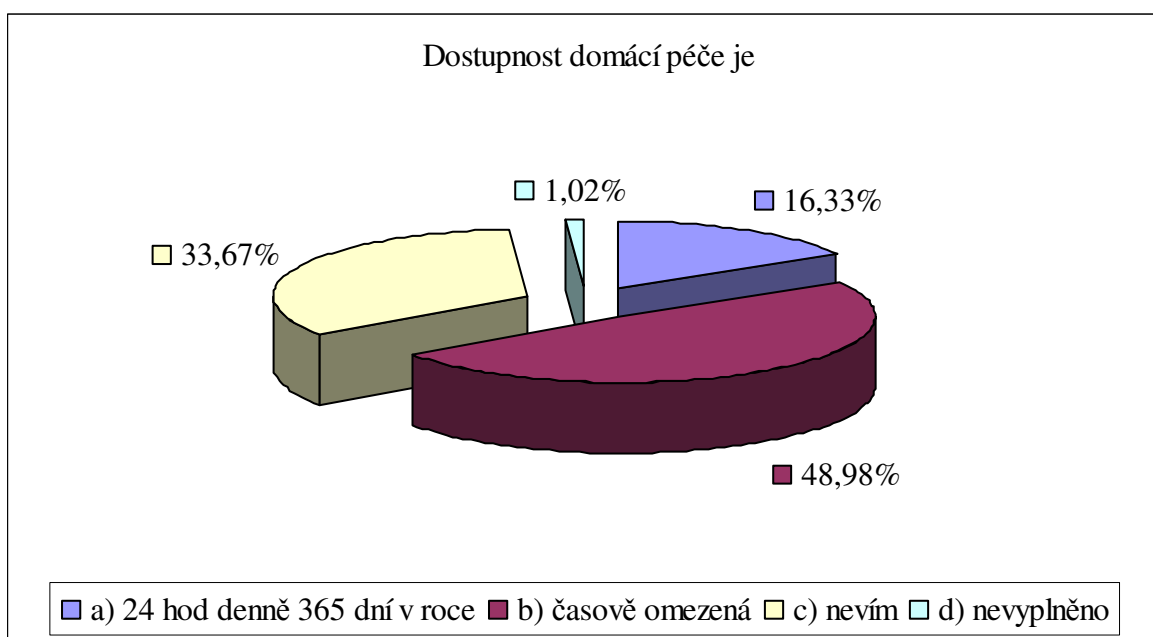
Komentář k otázce č. 19:

Na otázku, zda zapůjčují agentury domácí péče pomůcky, odpovědělo 43 (43,88 %) respondentů ano, 6 (6,12 %) ne a nevědělo 49 (50,00 %) dotazovaných.

Od nízké informovanosti respondentů o domácí péči se odvíjí i nedostatečné vědomosti o jejich službách. Je velká řada lidí, kterým by informace o zapůjčení pomůcek mohla usnadnit jejich péči o blízkou osobu.

Otázka č. 20:**Dostupnost domácí péče je:**

- a) 24 hod. denně 365 dní v roce
- b) časově omezená
- c) nevím

Graf č. 18: Dostupnost domácí péče**Tabulka č.18: Dostupnost domácí péče**

Dostupnost domácí péče je	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) 24 hod denně 365 dní v roce	16	16,33
b) časově omezená	48	48,98
c) nevím	33	33,67
d) nevyplněno	1	1,02
Celkem	98	100,00

Poznámka: V této otázce je absolutní četnost pouze 98, protože v jedné otázce respondent špatně označil odpověď.

Komentář k otázce č. 20:

Otázka číslo 20 se zabývá dostupností domácí péče podle respondentů. 17 (17,17 %) respondentů zvolilo odpověď a), nejčastěji zvolili respondenti odpověď b) tj. 49 (49,49 %) dotazovaných, 33 (33,33 %) respondentů neví, jaká je dostupnost domácí péče u nás a 1 (1,02 %) respondent tuto otázku nevyplnil.

Klientům je nutné zajistit nepřetržitou dostupnost domácí péče, která je zajištěna pomocí stabilního telefonního čísla, na které mohou klienti volat v nesnázích. Tuto informaci by dotazovaní znali, kdyby byli lépe informováni o možnostech domácí péče.

*Otázka č. 21:***V čem vidíte výhody domácí péče?***Komentář k otázce č. 21:*

V této otázce měli respondenti doplnit, v čem vidí výhody domácí péče.

Nejčastější odpovědi byly:

- Domácí prostředí - 49 (50 %) respondentů.
- Pozitivní vliv na psychiku - 9 (9 %) respondentů.
- Pomoc lidem, kteří se o sebe sami nepostarají - 6 (6 %) respondentů.
- Nevím - 13 (13 %) respondentů.
- Nevypsáno - 12 (12 %) respondentů.

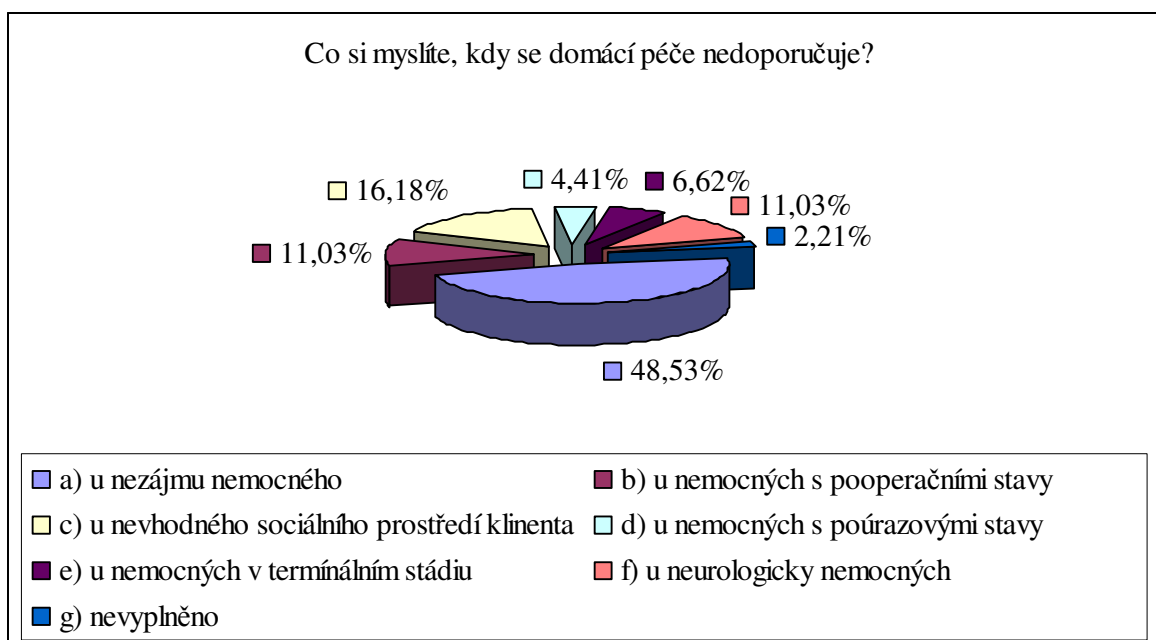
Nejčastěji respondenti doplnili odpověď vliv domácího prostředí. Tato otázka potvrdila, že nejdůležitější výhodou pro klienty, je pobyt ve svém domově a s tím úzce souvisí i vliv na psychiku klienta. Přesto se velká část dotazovaných nad touto otázkou buď nezamyslela, nebo skutečně neví, jaké výhody má domácí péče oproti hospitalizaci ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních.

Otázka č. 22:

Co si myslíte, kdy se domácí péče nedoporučuje?

- a) u nezájmu nemocného
- b) u nemocných s pooperačními stavy
- c) u nevhodného sociálního prostředí klienta
- d) u nemocných s poúrazovými stavy
- e) u nemocných v terminálním stádiu
- f) u neurologicky nemocných
- f) u neurologicky nemocných

Graf č. 19: Kdy se dle respondentů domácí péče nedoporučuje



Tabulka č. 19: Kdy se dle respondentů domácí péče nedoporučuje

Co si myslíte, kdy se domácí péče nedoporučuje?	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
a) u nezájmu nemocného	66	48,53
b) u nemocných s pooperačními stavy	15	11,03
c) u nevhodného sociálního prostředí klienta	22	16,18
d) u nemocných s poúrazovými stavy	6	4,41
e) u nemocných v terminálním stádiu	9	6,62
f) u neurologicky nemocných	15	11,03
g) nevyplněno	3	2,21

Celkem	136	100,00
---------------	------------	---------------

Komentář k otázce č. 22:

V této otázce bylo možné zvolit více správných odpovědí. Respondenti většinou správně zvolili odpověď, „u nezájmu nemocného“ 66 (48,53 %) a nevhodného sociálního prostředí 22 (16,18 %). Další nejčastější odpovědí dotazovaných bylo u nemocných s pooperačními stavy a u neurologicky nemocných. Oboje volilo 15 (11,03 %) dotazovaných. Nemocné s púrazovými stavy volilo 6 (4,41 %) respondentů a nemocné v terminálním stádiu 9 (6,62 %) respondentů. Poslední otázku nevyplnili 3 (2,21 %) respondenti.

Respondenti většinou správně zvolili odpověď na otázku, kdy se domácí péče nedoporučuje.

5 DISKUSE

V praktické části méj bakalářské práce s názvem: „Home care - odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta“, jsem se snažila zjistit informovanost laické veřejnosti o domácí péči na našem území. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření, při kterém bylo rozdáno 105 dotazníků.

První čtyři otázky v dotazníku byly identifikační a zjišťovaly pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a vzdělání v oboru zdravotnictví. Mužské (47 %) a ženské (53 %) pohlaví bylo relativně vyrovnáno. Věkové zastoupení respondentů bylo taktéž vyrovnané. Nejméně dotazovaných bylo ve věku do 20 let, a to pouze 8 %. Co se týká vzdělání respondentů, výsledky poukazují na to, že nejvíce respondenti dosáhli středního vzdělání s výučním listem 49,49 % a nejméně vyššího odborného vzdělání 5,05 % a vysokoškolského vzdělání 11,11 %. Ovšem, jak je již uvedeno v komentáři k otázce číslo tři, domnívám se, že kdybych tento průzkum provedla o pár let později, zastoupení vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání by bylo mnohem větší. Zdravotnické vzdělání měli 3,03 % respondenti.

5.1 Zhodnocení cílů

V této části své bakalářské práce zhodnotím cíle, které jsem si stanovila spolu se svojí vedoucí této práce.

Cílem číslo 5 bylo zjistit, zda je laická veřejnost informována o fungování agentur domácí péče v České republice.

S velkým překvapením jsem zjistila, že nadpoloviční většina dotazovaných se neselekala s pojmem domácí péče, přesněji 51,52 % respondentů, eventuelně respondenti neví, co více si pod tímto pojmem mají představit kromě pomoci v domácím prostředí. Domácí péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, což mohou být lékaři, sestry, rehabilitační pracovníci, dobrovolníci, duchovní a podobně. Respondenti v této otázce ale nejčastěji volili sociální pracovníky 33,50 % a všeobecné sestry 20,30 %. Jaké jsou výhody při poskytování domácí péče? Dotazovaní nejčastěji uváděli domácí prostředí.

Cílem číslo 6 bylo zjistit, zda je laická veřejnost informována o službách agentur domácí péče v České republice.

Přesto, že laická veřejnost zná pojem domácí péče jen zřídka, z větší části se domnívá, že domácí péče je poskytována především ve formě odborné zdravotní péče anebo sociální péče, ale bohužel neví rozdíl v kompetencích každé z nich. Pouze malé procento občanů uvádí možnost poskytování této služby pomocí laické péče. I při takto malé informovanosti, přibližně 2/3 občanů tuší o zastoupení sociální péče v domácí péči pečovatelskou službou a také ví o službách, které jsou považovány za nadstandardní, jako je například úprava vlasů, apod.

Cílem číslo 7 bylo zjistit, zda je laická veřejnost informována o financování agentur domácí péče v České republice.

Co se týká financování domácí péče v České republice, nejčastější odpovědí dotazovaných byla volena odpověď „přímá platba klienta“ (38,64 %) a „nevím“ (27,27 %). Nadstandardní služby by si respondenti v 54,31 % hradili sami. U lékaře by o tyto služby požádalo podle vyhodnocených odpovědí pouze 24,49 % dotazovaných.

Cílem číslo 8 bylo zjistit, zda je laická veřejnost informována o dostupnosti agentur domácí péče v České republice.

Respondenti nejčastěji odpovídali, že neznají žádnou agenturu domácí péče. Podle nejčastějších odpovědí dotazovaných, je domácí péče určena především seniorům. Na otázku dostupnost domácí péče, respondenti volili odpověď „časově omezená“, nebo zvolili odpověď „nevím“ jaká je dostupnost domácí péče u nás. Podle mého názoru je agentur domácí péče na našem území dostatek, ale veřejnost není o její existenci informována. Je to způsobeno nízkou propagací a nízkou informovaností o náplni práce agentur domácí péče. Přesto ale na otázku, kdy se domácí péče nedoporučuje, zvolili respondenti většinou správné odpovědi, a to u nezájmu nemocného a nevhodného sociálního prostředí.

Cílem číslo 9 bylo vytvořit informační leták, za účelem zvýšení informovanosti o agenturách domácí péče v České republice.

Tento leták je přiložen v bakalářské práci. A v současné době je k dispozici v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se skládá ze dvou hlavních částí, a to teoretické a praktické.

Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol, ve kterých popisuji domácí péči obecně. Dále se zabývám agenturami domácí péče a jejich fungováním v České republice. V rámci těchto kapitol jsou splněny i první čtyři cíle.

Praktická část se skládá z metodiky práce, výsledků průzkumu znázorněných pomocí tabulek a grafů a na závěr hodnocením cílů.

Jako poslední cíl jsem si stanovila vytvořit informační leták, který bude k dispozici v ordinacích praktických lékařů a na jednotlivých odděleních v nemocnici Nové Město na Moravě.

Na základě zjištěných výsledků týkajících se informovanosti laické veřejnosti o domácí péči, navrhuji, aby se odborníci poskytující domácí péči lépe zaměřili na propagaci svých služeb, například proškolením pracovníků ve zdravotnictví na téma domácí péče a propagací domácí péče prostřednictvím novin, časopisů, letáků a webových stránek.

Dnešní doba neumožňuje občanům v mnoha případech se věnovat nemocnému a raději mu zajistí bezplatnou i placenou službu domácí péče, díky kterým se mohou věnovat svému zaměstnání a povinnostem, které by bez možnosti využití této služby nemohli vykonávat, nebo jen s obtížemi. Domácí péče si vybudovala své postavení a stále se bude rozvíjet, jak ve prospěch žadatelů (klientů), tak i ve prospěch provozovatelů této, v budoucnu perspektivní služby.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelská péče*. Praha: Karolinum, 2006. 273 s. ISBN 80-246-1113-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: NCO a NZO, 2002. 167 s. ISBN 80-7013-355-4.
3. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2007. 260 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: IDV PZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
6. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
7. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
8. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 825 s. ISBN 80-247-0548.
9. KONOPÁSEK B. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha: Galén, 2004. 177 s. ISBN 80-7262-287-0.
10. KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 160 s. ISBN 978-80-7318-726-8.
11. *Lemon 1*. Brno: IDV PZ, 1996. 179 s. ISBN 80-7013-234-5.
12. *Lemon 4*. Brno: IDV PZ, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5.
13. MARKOVÁ, M. a kol. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry. Učební text pro sestry v komunitním ošetrovatelství*. Brno: NCO a NZO, 2009. 152 s. ISBN 978-80-7013-499-3.
14. MARTINKOVÁ, V., VALENTOVÁ, M. *Psychologie v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 62 s. ISBN 978-80-7318-740-8.

15. MATACHOVÁ, S. *Etika a právo*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 208 s. ISBN 978-80-210-4757-0.
16. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální praxe v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
17. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
18. MISCONIOVÁ, B. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra*. Praha: NCDP ČR, 1998. 41 s.
19. MISCONIOVÁ, B. *Komplexní domácí péče – od A do Z*. Praha: Asociace domácí péče České republiky. 90 s.
20. MISCONIOVÁ, B. *Komplexní domácí péče 94*. Praha: Asociace domácí péče České republiky – Národní centrum domácí péče, 1994. 95 s.
21. MISCONIOVÁ, B. *Management komplexní domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče České republiky. 80 s.
22. MISCONIOVÁ, B. *Nejčastější otázky spojené s Komplexní domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče České republiky. 19 s.
23. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péče a adresář agentur domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče České republiky. 270 s.
24. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetřovatelství. Základy terminologie*. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
25. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
26. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
27. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění provázet*. 6. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
28. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 351 s. ISBN 80-246-1091-4.

29. TOŠNEROVÁ, T. a kol. *Příručka pečovatele. Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?* 3. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 63 s. ISBN 80-238-8541-3.
30. VÍTEČKOVÁ, V. a kol. *Teorie komplexní ošetrovatelské péče.* Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, 1984. 62 s.
31. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol. *Paliativní medicína.* Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
32. *První mezinárodní kongres domácí péče „Zdravotní péče v obci“.* Chrudim. 1993. 95 s.
33. *Sborník přednášek 2. Mezinárodní konference sester domácí péče na téma „Budoucnost domácí péče jako významné součásti komunitní péče“.* Brno, 2003. 36 s.
34. ŽĎÁR NAD SÁZAVOU: *OBLASTNÍ CHARITA.* 2008. 40 s.
35. ŽĎÁR NAD SÁZAVOU: *OBLASTNÍ CHARITA.* 2009. 39 s.

Internetové zdroje:

36. MISCONIOVÁ, B. *Národní centrum domácí péče České republiky.* Dostupné na internetu: < [http:// www. domaci-pece.info/](http://www.domaci-pece.info/) > [online]. [cit. 2010-16-2].
37. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Práva pacientů.* Dostupné na internetu: < <http://www.mpsv.cz/cs/840> > [online]. [cit. 2010-17-5].
38. *STANOVY Asociace domácí péče České republiky* Dostupné na internetu: < <http://www.domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-standovy.doc> > [on-line]. [cit. 2010-16-2].
39. *Vyhláška č. 424/2004.* Dostupné na internetu: < <http://legislativa.mzcr.cz/Pages/36-zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova.html> >. [on-line]. [cit. 2010-16-2].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADP	Asociace domácí péče
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	A tak dále
CMP	Cévní mozková příhoda
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
ČSČK	Československý červený kříž
dp.	domácí péče
KDP	Komplexní domácí péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NCDP	Národní centrum domácí péče
SZO	Světová zdravotnická organizace
tzv.	tak zvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: Vzdělání respondentů

Graf č. 4: Vzdělání, zaměstnání respondentů v oboru zdravotnictví

Graf č. 5: Slyšeli respondenti o domácí péči?

Graf č. 6: Znají respondenti někoho, kdo služeb domácí péče využívá?

Graf č. 7: Znají respondenti alespoň jednu agenturu domácí péče?

Graf č. 8: Formy domácí péče v České republice

Graf č. 9: Zastoupení sociální péče pečovatelskou službou v České republice

Graf č. 10: Kterým skupinám je domácí péče poskytována?

Graf č. 11: Poskytování domácí péče na předpis lékaře

Graf č. 12: Poskytovatelé domácí péče

Graf č. 13: Financování domácí péče dle respondentů

Graf č. 14: Činnosti realizované v rámci domácí ošetrovatelské péče dle respondentů

Graf č. 15: Hrazení nadstandardních služeb dle respondentů

Graf č. 16: Nadstandardní služby dle respondentů

Graf č. 17: Zapůjčují agentury domácí péče pomůcky?

Graf č. 18: Dostupnost domácí péče

Graf č. 19: Kdy se dle respondentů domácí péče nedoporučuje?

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů

Tabulka č. 4: Vzdělání, zaměstnání respondentů v oboru zdravotnictví

Tabulka č. 5: Slyšeli respondenti o domácí péči?

Tabulka č. 6: Znají respondenti někoho, kdo služeb domácí péče využívá?

Tabulka č. 7: Znají respondenti alespoň jednu agenturu domácí péče?

Tabulka č. 8: Formy domácí péče v České republice

Tabulka č. 9: Zastoupení sociální péče pečovatelskou službou v České republice

Tabulka č. 10: Kterým skupinám je domácí péče poskytována?

Tabulka č. 11: Poskytování domácí péče na předpis lékaře

Tabulka č. 12: Poskytovatelé domácí péče

Tabulka č. 13: Financování domácí péče dle respondentů

Tabulka č. 14: Činnosti realizované v rámci domácí ošetrovatelské péče dle respondentů

Tabulka č. 15: Hrazení nadstandardních služeb dle respondentů

Tabulka č. 16: Nadstandardní služby dle respondentů

Tabulka č. 17: Zapůjčují agentury domácí péče pomůcky?

Tabulka č. 18: Dostupnost domácí péče

Tabulka č. 19: Kdy se dle respondentů domácí péče nedoporučuje?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Dotazník pro laickou veřejnost.

Příloha č.2: Žádost o umožnění dotazníkového šetření.

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Svobodová a jsem studentkou Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra. Chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Home care - odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta“. Vedoucí mé bakalářské práce je Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit úroveň informovanosti laických občanů o fungování agentur domácí péče. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Svě odpovědi, prosím, zakroužkujte (může být i více správných odpovědí), případně stručně doplňte.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Zuzana Svobodová

1. Pohlaví

- a) ženské
- b) mužské

2. Váš věk

- a) do 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) nad 60 let

3. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní vzdělání
- b) střední vzdělání s výučním listem
- c) střední vzdělání s maturitní zkouškou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské vzdělání

4. Pracujete ve zdravotnictví? Případně jste vzdělán(a) v oboru zdravotnictví?

- a) ano
- b) ne

5. Slyšel(a) jste již někdy o domácí péči (Home Care)?

- a) ano
- b) ne

6. Co si pod pojmem domácí péče představujete?

.....
.....

7. Znáte někoho ve Vašem okolí, kdo služeb domácí péče využívá?

- a) ano
- b) ne

8. Znáte alespoň jednu agenturu domácí péče?

- a) ano
- b) ne

9. Máte osobní zkušenosti s agenturami domácí péče? Jaké?

.....
.....

10. Domácí péče je veřejnosti poskytována ve formě:

- a) 24 hod. denně 365 dní v roce
- b) je časově omezená
- c) prostřednictvím stabilního čísla na telefonu, nepřetržitě
- d) nevím

11. Sociální péče je v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Kterým skupinám je podle Vás domácí péče poskytována?

- a) dětem
- b) lidem v produktivním věku
- c) chronicky nemocným lidem
- d) seniorům
- e) umírajícím
- f) všem výše uvedeným
- g) nevím

13. Myslíte si, že je domácí péče poskytována na předpis lékaře?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Co si myslíte, kdo poskytuje domácí péči?

- a) lékař (praktický, odborný, stomatolog)
- b) všeobecné sestry
- c) rehabilitační pracovníci
- d) psychologové
- e) logopedové
- f) sociální pracovníci
- g) duchovní
- h) dobrovolníci
- i) jiní, uveďte:.....
- j) nevím

15. Domácí péče je hrazena:

- a) přímou platbou klienta
- b) fondem veřejného zdravotního pojištění
- c) sponzorskými dary
- d) jiné, uveďte:
- e) nevím

16. Co si myslíte, jaké činnosti jsou realizované v rámci domácí ošetrovatelské péče?

- a) odběry biologického materiálu
- b) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- c) aplikace injekcí
- d) fakultativní úkony (např. dovoz k lékaři, apod.)
- e) převazy, péče o stomie

17. Nadstandardní služby jsou hrazeny:

- a) přímou platbou klienta
- b) fondem veřejného zdravotního pojištění
- c) sponzorskými dary
- d) klientem
- e) jiné, uveďte:
- f) nevím

18. Nadstandardní službou je, uveďte:

- a) poskytování manikúry
- b) aplikace injekcí
- c) doprovod
- d) převazy
- e) úprava vlasů
- d) odběry biologického materiálu

19. Zapůjčují agentury domácí péče pomůcky?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20. Dostupnost domácí péče je:

- a) 24 hod. denně 365 dní v roce
- b) časově omezená
- c) nevím

21. V čem vidíte výhody domácí péče?

.....
.....

22. Co si myslíte, kdy se domácí péče nedoporučuje?

- a) u nezájmu nemocného
- b) u nemocných s pooperačními stavy
- c) u nevhodného sociálního prostředí klienta
- d) u nemocných s poúrazovými stavy
- e) u nemocných v terminálním stádiu
- f) u neurologicky nemocných

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Zuzana Svobodová

PŘÍLOHA P II. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

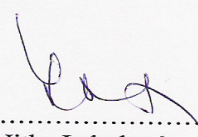
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

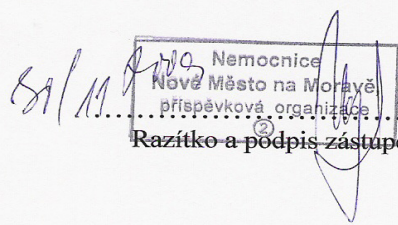
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zuzana Svobodová
Téma bakalářské práce	Home care - odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta
Skupina respondentů	Pacienti
Pracoviště	Nemocnice Nové Město na Moravě Příspěvková organizace Žďárská 610 592 31 Nové Město na Moravě

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne


.....
Mgr. Jitka Laholová
ředitelka Ústavu ošetrovatelství


.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova @fhs.utb.cz